



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ & ΠΡΟΝΟΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΜΑΙΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ

«ΠΡΟΗΓΜΕΝΗ & ΤΕΚΜΗΡΙΩΜΕΝΗ ΜΑΙΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ»

Μεταπτυχιακή Διπλωματική Εργασία

**Διερεύνηση της σεξουαλικότητας γυναικών με αναπηρία και
σκλήρυνση κατά πλάκας**

Χριστίνα Μακρή

ΑΜ:19019

Επιβλέπουσα καθηγήτρια: Αντιγόνη Σαραντάκη, Επίκουρη καθηγήτρια

Αθήνα, Ιούλιος 2021



University of West Attica

Faculty of Health & Caring Sciences

Department of Midwifery

Postgraduate Program (MSc)

«Advanced and Evidence Based Midwifery Care»

Diploma Thesis

**Exploring the sexuality of women with disabilities
and multiple sclerosis**

Christina Makri

Registration Number:19019

Supervisor: Antigoni Sarantaki, Assistant Professor

Athens, July 2021


*...Αφιερωμένη με εκτίμηση και σεβασμό στα μέλη των συλλόγων πασχόντων με
ΣΚΠ, που συμμετείχαν στην έρευνα αυτή...*

*ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΥΠΟΒΛΗΘΕΙΣΑ ΣΤΟ ΤΜΗΜΑ ΜΑΙΕΥΤΙΚΗΣ ΤΟΥ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ ΩΣ ΜΕΡΟΥΣ ΤΩΝ ΑΠΑΙΤΗΣΕΩΝ
ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΠΟΚΤΗΣΗ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟΥ ΔΙΠΛΩΜΑΤΟΣ ΕΙΔΙΚΕΥΣΗΣ ΣΤΗΝ ΠΡΟΗΓΜΕΝΗ ΚΑΙ ΤΕΚΜΗΡΙΩΜΕΝΗ ΜΑΙΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ*

*MASTER THESIS SUBMITTED TO THE DEPARTMENT OF MIDWIFERY OF THE UNIVERSITY OF WEST ATTICA IN PARTIAL FULFILLMENT OF
THE REQUIREMENTS FOR THE DEGREE OF MASTER OF SCIENCE IN ADVANCED AND EVIDENCE BASED MIDWIFERY CARE*

Μέλη Εξεταστικής Επιτροπής συμπεριλαμβανομένου και του Εισηγητή

Η μεταπτυχιακή διπλωματική εργασία εξετάστηκε επιτυχώς από την κάτωθι Εξεταστική Επιτροπή:

<i>a/a</i>	ΟΝΟΜΑ ΕΠΩΝΥΜΟ	ΒΑΘΜΙΑΔΑ/ΙΔΙΟΤΗΤΑ	ΨΗΦΙΑΚΗ ΥΠΟΓΡΑΦΗ
1	Αντιγόνη Σαραντάκη	Επίκουρη καθηγήτρια (Επιβλέπουσα)	Antigoni Sarantaki  Digitally signed by Antigoni Sarantaki Date: 2021.07.09 13:44:39 +03'00'
2	Μαρία Δάγλα	Επίκουρη καθηγήτρια	
3	Κλεάνθη Γουρουντή	Αναπληρώτρια καθηγήτρια	

ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΓΓΡΑΦΕΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Η κάτωθι υπογεγραμμένη Χριστίνα Μακρή του Νικολάου, με αριθμό μητρώου 19019 φοιτήτρια του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών Προηγμένη & Τεκμηριωμένη Μαιευτική Φροντίδα του Τμήματος Μαιευτικής της Σχολής Επιστημών Υγείας & Πρόνοιας του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής, δηλώνω ότι:

«Είμαι συγγραφέας αυτής της μεταπτυχιακής εργασίας και ότι κάθε βοήθεια την οποία είχα για την προετοιμασία της, είναι πλήρως αναγνωρισμένη και αναφέρεται στην εργασία. Επίσης, οι όποιες πηγές από τις οποίες έκανα χρήση δεδομένων, ιδεών ή λέξεων, είτε ακριβώς είτε παραφρασμένες, αναφέρονται στο σύνολό τους, με πλήρη αναφορά στους συγγραφείς, τον εκδοτικό οίκο ή το περιοδικό, συμπεριλαμβανομένων και των πηγών που ενδεχομένως χρησιμοποιήθηκαν από το διαδίκτυο. Επίσης, βεβαιώνω ότι αυτή η εργασία έχει συγγραφεί από μένα αποκλειστικά και αποτελεί προϊόν πνευματικής ιδιοκτησίας τόσο δικής μου, όσο και του Ιδρύματος.

Παράβαση της ανωτέρω ακαδημαϊκής μου ευθύνης αποτελεί ουσιώδη λόγο για την ανάκληση του πτυχίου μου».

Επιθυμώ την απαγόρευση πρόσβασης στο πλήρες κείμενο της εργασίας μου μέχρι 08/07/2023 και έπειτα από αίτηση μου στη Βιβλιοθήκη και έγκριση του επιβλέποντα καθηγητή.

Η Δηλούσα



ΧΡΙΣΤΙΝΑ ΜΑΚΡΗ

Η επιβλέπουσα καθηγήτρια

**Antigoni
Sarantaki** Digitally signed by
Antigoni Sarantaki
Date: 2021.07.09
13:45:12 +03'00'

Αντιγόνη Σαραντάκη, Επίκουρη καθηγήτρια

Copyright ©Χριστίνα Μακρή

Ευχαριστίες

Θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά την επιβλέπουσα μου, Επίκουρη καθηγήτρια κ. Αντιγόνη Σαραντάκη, για το χρόνο που αφιέρωσε σε εμένα και τις πολύτιμες υποδείξεις της για την εκπόνηση της διπλωματικής μου εργασίας. Τις θερμές μου ευχαριστίες θα ήθελα να εκφράσω στα μέλη των συλλόγων με ΣΚΠ που απάντησαν στην έρευνα. Χωρίς τη πολύτιμη συνεισφορά τους η παρούσα έρευνα δεν θα μπορούσε να ολοκληρωθεί. Ακόμη, ευχαριστώ του φίλους μου για τη στήριξή τους όλη αυτή τη δύσκολη περίοδο. Τέλος, θα ήθελα να ευχαριστήσω από τα βάθη της καρδιάς μου το σύζυγό μου, για την αμέριστη συμπαράσταση και υπομονή του καθόλη τη διάρκεια εκπόνησης αυτής της εργασίας.

Περίληψη

Αντικείμενο μελέτης της παρούσας εργασίας είναι η σεξουαλικότητα των γυναικών που πάσχουν από αναπηρίες, γενικότερα και ειδικότερα, από σκλήρυνση κατά πλάκας. Ο προσδιορισμός της έννοιας της σεξουαλικότητας καταδεικνύει τη μεταβολή της σημασίας και της προσέγγισής της σε διάφορα πλαίσια της καθημερινότητας. Γίνεται επίσης σαφές πως η κατάσταση της υγείας με έμφαση στην αναπηρία των γυναικών, επιδρά στη σεξουαλικότητα, τη συναισθηματική εγγύτητα και τη μητρότητα. Τα ερευνητικά ερωτήματα που αναπτύσσονται αφορούν την επίδραση της σκλήρυνσης κατά πλάκας στην κόπωση, τη σεξουαλική λειτουργικότητα και δυσλειτουργία καθώς και το ρόλο της ηλικίας, της εμμηνόπαυσης και της φαρμακευτικής αγωγής. Για την απάντησή τους, πραγματοποιήθηκε βασική πρωτογενής ποσοτική έρευνα με δείγμα ελέγχου 129 γυναίκες με σκλήρυνση κατά πλάκας. Έγινε επιλογή βολικής δειγματοληψίας ως αρχική πιλοτική έρευνα και ως εργαλείο χρησιμοποιήθηκε ερωτηματολόγιο διαιρεμένο σε τέσσερα μέρη. Συλλέχθηκαν δημογραφικά στοιχεία και στοιχεία της νόσου, διερευνήθηκε η σεξουαλική λειτουργία με κλειστού τύπου απαντήσεις, η επίδραση της κόπωσης στην καθημερινότητα με κλίμακα Likert και προσδιορίστηκε ο βαθμός παρεμβολής της νόσου στη σεξουαλική δραστηριότητα και ικανοποίηση. Για την ανάλυση των αποτελεσμάτων χρησιμοποιήθηκαν απόλυτες και σχετικές συχνότητες, μέση τιμή και τυπική απόκλιση. Για τη μελέτη συσχέτισης των μεταβλητών εφαρμόστηκε ως μηδενική υπόθεση η ύπαρξη ομοιογένειας, ενώ τα τεστ που χρησιμοποιήθηκαν ήταν το Kruskal-Wallis και το Mann-Whitney. Η ανάλυση του ερωτηματολογίου απέδειξε την παρουσία προβλημάτων σεξουαλικής επιθυμίας, διέγερσης και ικανοποίησης, όπως φαίνεται από τη δυσκολία εφύγρανσης και οργασμού. Η κόπωση αποτελεί σημαντικό παράγοντα παρέμβασης στην καθημερινότητα, ενώ δεν παρουσιάζονται συχνά συμπτώματα δυσλειτουργίας κατά τη σεξουαλική δραστηριότητα που να συνδέονται με τις νευρολογικές επιπτώσεις της νόσου.

Abstract

The aim of the present study is the sexuality of women with disabilities, in general, and particularly with multiple sclerosis. The definition of sexuality demonstrates the change of its meaning and approach in various settings of everyday life. It is also clear that the state of health emphasizing women's disability affects sexuality, emotional closeness and motherhood. The research questions developed concern the effect of multiple sclerosis on fatigue, sexual function and dysfunction, as well as the role of age, menopause and medication. An essential primary quantitative study was performed with a sample of 129 women with multiple sclerosis. Convenient sampling was selected, and a four-part questionnaire was used as a research tool. Demographics and disease data were collected, sexual function was investigated with closed-ended responses, the effect of fatigue on daily life on a Likert scale, and the degree of disease involvement in sexual activity and satisfaction was determined. Absolute and relative frequencies, mean and standard deviation were used to analyze the results. For the correlation study of the variables, homogeneity was applied as a null hypothesis, while the tests used were Kruskal-Wallis and Mann-Whitney. The questionnaire analysis showed the presence of problems of sexual desire, arousal and satisfaction, as shown by the difficulty of moisturizing and orgasm. Fatigue is an essential factor in daily life, and there are often no symptoms of sexual dysfunction associated with the neurological effects of the disease.

Πίνακας περιεχομένων

Ευχαριστίες.....	1
Περίληψη.....	2
Περιεχόμενα.....	3
Εισαγωγή.....	5
Διατύπωση του προβλήματος.....	5
Σκοπός της εργασίας.....	5
Περιγραφή της εργασίας.....	6
Θεωρητικό μέρος.....	7
1. Η ανθρώπινη σεξουαλικότητα.....	7
1.1 Ιστορική ανασκόπηση του όρου.....	7
1.2 Θεωρίες της σεξουαλικότητας.....	8
1.3 Εννοιολογικές προσεγγίσεις της σεξουαλικότητας.....	9
1.4 Η θεωρία της «κοινωνικής κατασκευής» της σεξουαλικότητας.....	10
1.5 Σεξουαλικότητα και πολιτισμικό πλαίσιο.....	10
1.6 Σεξουαλικότητα και ταυτότητα.....	11
1.7 Σεξουαλικότητα και φύλο.....	11
1.8 Σεξουαλικότητα και κοινωνικές σχέσεις.....	12
1.9 Σεξουαλικότητα και πολιτικές.....	12
1.10 Σεξουαλικότητα και υγεία.....	13
2. Σεξουαλικότητα και αναπηρία.....	14
2.1 Η σεξουαλική συμπεριφορά και η σεξουαλική έκφραση των αναπήρων.....	14
2.2 Η επιθυμία των αναπήρων για συντροφικότητα και γάμο.....	15
2.3 Η επιθυμία γονεϊκότητας των αναπήρων.....	16
3. Σκλήρυνση κατά πλάκας.....	18
3.1 Παθοφυσιολογία της σκλήρυνσης κατά πλάκας.....	18
3.2 Διάγνωση.....	18
3.3 Ταξινόμηση.....	19
3.4 Κλινικά χαρακτηριστικά.....	19
3.5 Επιπολασμός της νόσου.....	20
3.6 Πρόγνωση.....	20
3.7 Συμπτωματική θεραπεία της σκλήρυνσης κατά πλάκας.....	21

3.8	Σεξουαλικότητα και σκλήρυνση κατά πλάκας	21
4.	Μεθοδολογία Έρευνας.....	24
	Πρωτοτυπία της Έρευνας.....	24
	Αναγκαιότητα και Σημασία της Έρευνας.....	24
	Σκοπός και Στόχοι της Έρευνας.....	24
	Έρευνητικά Ερωτήματα.....	25
	Μεθοδολογική Προσέγγιση.....	25
	Πληθυσμός Αναφοράς και Δείγμα της Έρευνας.....	25
	Εργαλείο Συλλογής Δεδομένων.....	25
	Στατιστική Ανάλυση.....	26
	Εγκυρότητα και Αξιοπιστία της Έρευνας.....	26
	Περιορισμοί της Έρευνας.....	27
5.	Ανάλυση	278
5.1	Δημογραφικά Αποτελέσματα.....	328
5.2	Αποτελέσματα Ιατρικού Ιστορικού.....	31
5.3	Αποτελέσματα Σεξουαλικής Λειτουργικότητας.....	417
5.4	Αποτελέσματα Κόπωσης	495
5.5	Αποτελέσματα Σεξουαλικής Δυσλειτουργίας	528
	Συζήτηση.....	51
	Συμπεράσματα.....	52
	Προτάσεις.....	53
	Βιβλιογραφία	5454
	Παράρτημα: Ερωτηματολόγιο	628
	Παράρτημα: Διαγράμματα ανάλυσης.....	739

Εισαγωγή

Διατύπωση του προβλήματος

Η σεξουαλικότητα είναι ένα πολύπλοκο φαινόμενο που αποτελεί δικαίωμα οποιουδήποτε ανθρώπου. Ωστόσο, οι αντιλήψεις της κοινωνίας για τη σεξουαλικότητα, συχνά προκαλούν διακρίσεις εις βάρος των γυναικών. Όταν μάλιστα, μια γυναίκα αντιμετωπίζει κάποια μορφή αναπηρίας, κυριαρχεί η ιδέα ότι αυτή δεν είναι ικανή να διαθέτει σύντροφο, σεξουαλικές επιθυμίες ή σεξουαλική συμπεριφορά. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα να αποκλείεται από την κοινωνία, να παρουσιάζει ψυχολογικά προβλήματα, να μην μπορεί να εκφραστεί σεξουαλικά και να μη διαθέτει τη στήριξη της οικογένειας ή των συστημάτων υγείας (Baptista, Pagliuca, Samraio, & França, 2014).

Στην πραγματικότητα, πολλές γυναίκες με αναπηρία είναι σεξουαλικά ενεργές, ενώ υπάρχουν και πολλές άλλες οι οποίες επιθυμούν να εκφραστούν σε αυτό τον τομέα, αλλά δε διαθέτουν τη βοήθεια που αναζητούν. Τα προβλήματά τους μπορεί να πηγάζουν από σωματικές δυσκολίες λόγω της αναπηρίας τους ή από έλλειψη σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης την οποία δεν έλαβαν στα εφηβικά τους χρόνια από το σχολείο ή την οικογένειά τους. Αρκετές φορές, ερωτήματα που απασχολούν τις ανάπηρες γυναίκες με σεξουαλική δυσλειτουργία δεν απαντώνται γιατί δεν έχει πραγματοποιηθεί αρκετή έρευνα στο συγκεκριμένο τομέα. Πολύ συχνά, οι έρευνες αφορούν τα ζητήματα των ανάπηρων ανδρών και αποκλείουν το γυναικείο πληθυσμό (Streur et al., 2019). Μια ακόμη παρανόηση σχετικά με τις γυναίκες με αναπηρία, είναι ότι δεν έχουν την ικανότητα να αποκτήσουν απογόνους. Αυτό συχνά παρεμποδίζει την πρόσβαση των γυναικών σε γυναικολογικούς ελέγχους και ασφαλείς σεξουαλικές επαφές (Rugoho, Maphosa, Programme, & Disability, 2014).

Σκοπός της εργασίας

Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η διερεύνηση της σεξουαλικότητας γυναικών με διάφορες μορφές σωματικής, πνευματικής και αναπτυξιακής αναπηρίας, καθώς και εκείνων που πάσχουν από σκλήρυνση κατά πλάκας. Περιλαμβάνει την ανάδειξη ζητημάτων που απασχολούν τη σεξουαλική ζωή και συμπεριφορά τους, μέσω αναζήτησης στη διεθνή βιβλιογραφία, αλλά και μέσω ποσοτικής έρευνας με τη συμπλήρωση ερωτηματολογίου που απευθύνεται σε γυναίκες με σκλήρυνση κατά πλάκας στον ελλαδικό χώρο. Η αναζήτηση στη βιβλιογραφία αποσκοπεί στη μελέτη των επιθυμιών και των αντιλήψεων αυτής της κατηγορίας γυναικών γύρω από σεξουαλικά ζητήματα, είτε αυτά αφορούν τη σωματική και ψυχική ικανοποίησή τους, είτε την απόκτηση οικογένειας. Τα ερωτήματα που διατυπώνονται στο ερωτηματολόγιο, στόχο έχουν να αποκαλύψουν την επίδραση της σκλήρυνσης κατά πλάκας στη σεξουαλική επιθυμία και δραστηριότητα. Από τα δεδομένα που συλλέγονται, εξετάζεται αν υπάρχει σεξουαλική δυσλειτουργία που σχετίζεται με την παρουσία της νόσου, με απώτερο σκοπό τη γνωστοποίηση των προβλημάτων για την ανάπτυξη συμβουλευτικής που πιθανά θα βελτιώσει τη σεξουαλική ικανοποίηση αυτής της ομάδας γυναικών.

Περιγραφή της εργασίας

Στην εργασία που ακολουθεί, δίνεται ένας πρόσφατος ορισμός της σεξουαλικότητας, ενώ εξετάζεται και η μεταβολή της σημασίας αυτού του όρου στην ιστορία της ανθρωπότητας. Λόγω των διαφορετικών επιστημονικών πεδίων που ασχολούνται με το συγκεκριμένο θέμα, αναζητούνται διαφορετικές θεωρίες και προσεγγίσεις με σκοπό να διατυπωθούν ποικίλες απόψεις και οπτικές των παραγόντων που επηρεάζουν τη διαμόρφωση της σεξουαλικότητας ενός ανθρώπου. Στη συνέχεια, διερευνάται πιο συγκεκριμένα η σχέση της σεξουαλικότητας με παραμέτρους, όπως το φύλο, η υγεία και τα πολιτισμικά χαρακτηριστικά. Ακολούθως, η εργασία εστιάζει στην επίδραση της αναπηρίας στη σεξουαλική συμπεριφορά και έκφραση των γυναικών, καθώς και στην επιθυμία τους να αποκτήσουν σύντροφο και απογόνους. Τέλος, εξετάζεται μια ειδική περίπτωση αναπηρίας, αυτή της σκλήρυνσης κατά πλάκας. Αφού γίνει αναφορά στα κλινικά χαρακτηριστικά της νόσου, διερευνάται η σεξουαλικότητα των πασχόντων γυναικών.

Θεωρητικό μέρος

1. Η ανθρώπινη σεξουαλικότητα

Οι λέξεις «φύλο», «σεξουαλική υγεία», «σεξουαλικότητα» και «σεξουαλικά δικαιώματα» είναι μερικοί μόνο από τους όρους που απασχολούν την επιστημονική κοινότητα, χωρίς μέχρι σήμερα να έχουν αποσαφηνιστεί πλήρως. Σε αυτό, ωστόσο, που συμφωνούν οι περισσότεροι επιστήμονες, είναι πως η σεξουαλικότητα δεν αναφέρεται απλώς στη σεξουαλική επαφή μεταξύ δύο ανθρώπων (Wylie, 2007). Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, η σεξουαλικότητα αποτελεί μια σημαντική πτυχή της ανθρώπινης ζωής που, μεταξύ άλλων, περιλαμβάνει ευχαρίστηση, οικειότητα, σκέψεις, πεποιθήσεις, επιθυμίες, αξίες, συμπεριφορές, καθώς και τα πιο χαρακτηριστικά φαινόμενα του σεξουαλικού προσανατολισμού και της αναπαραγωγής. Έρευνες, βέβαια, έχουν δείξει ότι τα προαναφερθέντα χαρακτηριστικά δεν βιώνονται από όλους τους ανθρώπους, ενώ επηρεάζονται από βιολογικούς, ψυχολογικούς, κοινωνικούς, οικονομικούς, πολιτικούς και άλλους παράγοντες (World Health Organization, 2006).

Η σεξουαλικότητα θεωρείται απαραίτητη για την επίτευξη της τεκνοποίησης. Είναι όμως και άμεσα συνυφασμένη με την ψυχολογία του κάθε ατόμου, αφού εξασφαλίζει ικανοποίηση και μια αίσθηση αυτοεκτίμησης, χαλάρωσης και επιβεβαίωσης της ελκυστικότητας (Rao & Nagaraj, 2015). Είναι λογικό να πιστεύεται πως η σεξουαλικότητα είναι ένα χαρακτηριστικό της ζωής που αρχίζει να εμφανίζεται κατά την εφηβεία και φθίνει με την πάροδο των χρόνων κατά τη γήρανση. Αλλά στην πραγματικότητα, συνοδεύει κάθε άτομο σε όλη του τη ζωή, ξεκινώντας πριν από τη γέννησή του. Προκειμένου να εξασφαλιστεί η σεξουαλική υγεία ενός ατόμου και να αντληθούν τα καλύτερα δυνατά αποτελέσματα από τις σεξουαλικές πρακτικές και συμπεριφορές, είναι απαραίτητο να προστατεύονται η φυσική και ψυχική υγεία, καθώς και η ικανοποίηση από τη σχέση μεταξύ των σεξουαλικών συντρόφων (Wylie, 2007).

1.1. Ιστορική ανασκόπηση του όρου

Οι αντιλήψεις για την ανθρώπινη σεξουαλικότητα δεν ήταν πάντα οι ίδιες, όπως φαίνεται από τις καταγραφές της ιστορίας. Στα πρώτα χρόνια της ανθρωπότητας, φαίνεται ότι οι άνθρωποι επικεντρώνονταν στο ρόλο της σεξουαλικότητας ως μέσο αναπαραγωγής. Αρχαίοι πολιτισμοί συνέδεαν τη γυναικεία ομορφιά με τη θεϊκή δύναμη, ενώ το πέος ήταν σύμβολο γονιμότητας και ισχύος. Στην αρχαία Ελλάδα και Ρώμη, οι άνδρες θεωρούνταν ισχυρότεροι και ανώτεροι, ενώ οι γυναίκες μπορούσαν να αποτελέσουν κτήμα τους. Μεταγενέστερα, με την ανάπτυξη της εβραϊκής και της χριστιανικής θρησκείας, αναδείχτηκε ο ρόλος του γάμου και της οικογένειας μέσω των οποίων ήταν αποδεκτή η τεκνοποίηση. Αντίθετα, σε χώρες της Ανατολής επικρατούσαν διαφορετικές αντιλήψεις, καθώς αντιμετώπιζαν τη σεξουαλική συμπεριφορά ως ιερή, θρησκευτική δραστηριότητα (Kok, 2004).

Από τα παραπάνω γίνεται εύκολα κατανοητό ότι τα πρώτα χρόνια και για πολλούς αιώνες, η έννοια της σεξουαλικότητας περιοριζόταν στο ρόλο της για την αναπαραγωγή και τη δημιουργία απογόνων, αλλά και για την επισήμανση των διαφορών μεταξύ ανδρών και γυναικών. Στα τέλη του 19^{ου} αιώνα, παρατηρείται μια στροφή προς την αναγνώριση της συνεισφοράς της

σεξουαλικότητας στο νόημα της ζωής, την αγάπη, την ευτυχία και το πάθος που ανακλύπουν μέσα από τις ανθρώπινες σχέσεις. Επίσης, σταδιακά αλλάζουν οι απόψεις σχετικά με τη μεταβλητότητα και την πολυπλοκότητα της σεξουαλικότητας. Πλέον, δε θεωρείται ότι η σεξουαλικότητα είναι σταθερή. Θεωρίες, όπως αυτές των Freud, Kaan και von Ramdohr εξετάζουν ποιες πλευρές του φύλου και του γένους είναι φυσικές και απαραίτητες και ποιες είναι κατασκευασμένες ή παθολογικές (Sigusch, 2004).

Από πολύ νωρίς στην ιστορία, φαίνεται πως η κοινωνία θέτει κάποιες σκέψεις και απόψεις όσον αφορά τις σεξουαλικές συμπεριφορές που θεωρούνται φυσιολογικές, ενώ αποκλίσεις από αυτές χαρακτηρίζονται συχνά ως αφύσικες. Με την πάροδο των χρόνων, αρχίζει να γίνεται διάκριση του σεξουαλικού προσανατολισμού σε ετεροφυλοφιλία και ομοφυλοφιλία, ενώ σχετικά πρόσφατα, προστίθενται ενδιάμεσα επιπλέον μορφές προσανατολισμού. Σταδιακά, γίνεται ευρύτερα αποδεκτό το γεγονός ότι η σεξουαλικότητα δεν αντιστοιχεί μόνο στη σεξουαλική πράξη, αλλά συνδυάζει τη σκέψη, την έλξη και τη φαντασία (Ventriglio & Bhugra, 2019).

1.2. Θεωρίες της σεξουαλικότητας

Λόγω των διαφορετικών επιστημονικών πεδίων που ασχολούνται με την έννοια της σεξουαλικότητας, δεν υπάρχει μια μοναδική θεωρία γύρω από αυτήν. Μερικές από τις θεωρίες που έχουν αναπτυχθεί τα τελευταία χρόνια, περιγράφονται συνοπτικά παρακάτω.

- **Θεωρία της ανταμοιβής και της μάθησης:** Στηρίζεται στη γνώση ότι τα νευρικά κυκλώματα που ελέγχουν τη σεξουαλική απόκριση μπορούν να μεταβάλλονται και να προσαρμόζονται σε διαφορετικές συνθήκες και περιβάλλοντα, ανάλογα με τις επιθυμίες του κάθε ανθρώπου. Επομένως, επισημαίνει την αλληλεπίδραση μεταξύ προκαθορισμένων χαρακτηριστικών και μεταγενέστερων εμπειριών στη διαμόρφωση της σεξουαλικότητας.
- **Θεωρία της αφοσίωσης:** Συσχετίζει την ανάγκη για ασφάλεια και προστασία που αναζητά ένα παιδί από τους γονείς ή κηδεμόνες του, με τη συναισθηματική ανάγκη ενός ενήλικα για παροχή και αποδοχή φροντίδας από ένα ρομαντικό σύντροφο. Μάλιστα, αποδεικνύει ότι οι δύο αυτές συμπεριφορές ελέγχονται από το ίδιο νευροβιολογικό σύστημα, αυτό του κυκλώματος των οπιοειδών και της ωκυτοκίνης.
- **Θεωρία της κοινωνικής ανταλλαγής:** Διερευνά τη σεξουαλικότητα και την ικανοποίηση ως συνάρτηση του οφέλους και τους κόστους μια σεξουαλικής σχέσης. Κάθε άτομο ισοζυγίζει αυτές τις δύο παραμέτρους για τον εαυτό του, αλλά και για το σύντροφό του. Τα οφέλη σχετίζονται με τη σωματική και συναισθηματική ικανοποίηση, ενώ το κόστος περιλαμβάνει την σεξουαλική δυσλειτουργία και τα αρνητικά συναισθήματα.
- **Θεωρία των σεξουαλικών στρατηγικών:** Είναι η πιο γνωστή θεωρία που ερμηνεύει τις διαφορές μεταξύ ανδρών και γυναικών στη διαδικασία αναζήτησης συντρόφου. Πρόκειται για επιδράσεις της εξελικτικής προσαρμογής στο σώμα και τον εγκέφαλο. Οι άνδρες,

συχνά αναπτύσσουν σεξουαλικές σχέσεις με περισσότερες γυναίκες, γνωρίζοντας ότι μεταφέρουν το γενετικό τους υλικό σε απογόνους που θα έχουν τη φροντίδα που χρειάζονται από τη μητέρα τους. Αντίθετα, οι γυναίκες επενδύουν πολλά χρόνια για τη φροντίδα των παιδιών τους, με αποτέλεσμα να αναζητούν σεξουαλική επαφή με άνδρες που είναι πρόθυμοι να παρέχουν τη βοήθειά τους σε αυτό το εγχείρημα (Tolman & Diamond, 2014).

1.3. Εννοιολογικές προσεγγίσεις της σεξουαλικότητας

Η ανθρώπινη σεξουαλικότητα αποτελεί πεδίο έρευνας πολλών επιστημονικών κλάδων, καθένας από τους οποίους την προσεγγίζει από διαφορετική οπτική, με αποτέλεσμα να προκύπτουν ποικίλες απόψεις που άλλοτε συγκρούονται και άλλοτε συμφωνούν. Πιο συγκεκριμένα, επιστήμες που ασχολούνται με την διερεύνηση και την κατανόηση της σεξουαλικότητας είναι η βιολογία, η ιατρική, η ψυχολογία, η κοινωνιολογία και η ανθρωπολογία.

Η βιολογία ασχολείται με γενετικούς, ορμονικούς, νευρικούς και άλλους παράγοντες της φυσιολογίας που επηρεάζουν τη σεξουαλική διέγερση, συμπεριφορά και γονιμότητα. Προσεγγίζει επίσης το θέμα της σεξουαλικότητας και από την εξελικτική σκοπιά. Επομένως, διερευνά τη σεξουαλική συμπεριφορά και άλλων ζωικών ειδών, προκειμένου να ανακαλύψει ομοιότητες και διαφορές με το ανθρώπινο είδος. Από τέτοιου είδους μελέτες προκύπτει ότι η ανθρώπινη σεξουαλικότητα επηρεάζεται από τη διαδικασία της μάθησης και άλλες εμπειρίες που δεν παρουσιάζονται σε κατώτερους εξελικτικά οργανισμούς, αποδεικνύοντας τα μοναδικά χαρακτηριστικά του ανθρώπινου είδους. Επίσης, η βιολογία επικεντρώνεται στην ανάπτυξη της σεξουαλικότητας με απώτερο στόχο την μεταβίβαση των γενετικών χαρακτηριστικών στην επόμενη γενιά μέσω επιτυχημένης αναπαραγωγής. Από την άλλη πλευρά, η ιατρική ενδιαφέρεται κυρίως για θέματα υγείας που σχετίζονται με τη σεξουαλικότητα. Μερικά τέτοια παραδείγματα είναι η σεξουαλική δυσλειτουργία, η υπογονιμότητα και τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα (Kok, 2004).

Η επιστήμη της ψυχολογίας ενδιαφέρεται για τον τρόπο με τον οποίο τα συναισθήματα, η προσωπικότητα, η αντίληψη και το κίνητρο επηρεάζουν τη σεξουαλικότητα και τη σεξουαλική συμπεριφορά. Από τους πρώτους που ασχολήθηκαν με τη συναισθηματική πλευρά της σεξουαλικότητας ήταν ο Freud, ο οποίος κατάλαβε πως η σεξουαλική επιθυμία δεν είναι δυνατό να παρατηρηθεί ή να μετρηθεί, αλλά μπορεί να ερμηνεύσει το συναίσθημα του ενθουσιασμού. Μάλιστα, ο ενθουσιασμός ενεργοποιείται από τρεις μορφές ερεθισμάτων. Αυτά είναι ο εξωτερικός κόσμος, ο εσωτερικός, οργανικός κόσμος και ο ψυχικός κόσμος. Ο ενθουσιασμός εκφράζεται στη συνέχεια, μέσω του σώματος και του νου (Stoleru, 2014).

Η κοινωνιολογία μελετά τη σεξουαλικότητα υπό το πρίσμα της κοινωνίας και της θέσης κάθε ατόμου σε αυτήν. Η σεξουαλική συμπεριφορά παρουσιάζει διαφορετικές εκφάνσεις ανάλογα με τη χώρα, τη φυλή, τη θρησκεία, το μορφωτικό επίπεδο και την οικονομική κατάσταση των ανθρώπων. Επομένως, προτείνεται ότι βιολογικοί, ψυχολογικοί και κοινωνιολογικοί παράγοντες πρέπει να λαμβάνονται υπόψιν κατά τη διερεύνηση της σεξουαλικότητας, καθώς συνεισφέρουν όλοι, ίσως και στον ίδιο βαθμό, στη διαμόρφωση της σεξουαλικής συμπεριφοράς ενός ατόμου.

Με παρόμοιο τρόπο, οι ανθρωπολόγοι εξετάζουν ομοιότητες και διαφορές της σεξουαλικότητας ως αποτέλεσμα των διαφορετικών πολιτισμών στις διάφορες περιοχές της γης (Kok, 2004).

1.4. Η θεωρία της «κοινωνικής κατασκευής» της σεξουαλικότητας

Η θεωρία της κοινωνικής κατασκευής είναι μια νέα, σχετικά, θεωρία που αφορά, μεταξύ άλλων, και τη σεξουαλικότητα. Προσπαθεί να ερμηνεύσει τις διαφορές μεταξύ ανδρών και γυναικών. Θεωρεί πως ο τρόπος ζωής, σκέψης και συμπεριφοράς διαφέρει μεταξύ των δύο φύλων, όχι λόγω βιολογικών και ψυχολογικών παραγόντων, αλλά λόγω της επίδρασης της κοινωνίας και του πολιτισμού όπου αναπτύσσεται κάθε άτομο. Οι ρόλοι, δηλαδή, του κάθε ατόμου στην κοινωνία διαμορφώνονται με βάση τις επικρατούσες απόψεις περί ανδρισμού και φεμινισμού και μεταβάλλονται στο χώρο και στο χρόνο. Άνδρες και γυναίκες εξαναγκάζονται να ακολουθούν τυπικές συμπεριφορές του φύλου τους στην καθημερινή και σεξουαλική τους ζωή (Courtenay, 2000).

Επομένως, η σεξουαλικότητα επηρεάζεται από τις προσδοκίες που έχει η κάθε κοινωνία από άνδρες και γυναίκες. Από μια τέτοια θεωρία, ανακύπτουν και πολλά ερωτήματα, όπως αν η σεξουαλικότητα μπορεί να αλλάξει, δεδομένου ότι είναι αποτέλεσμα στερεότυπων της κοινωνίας. Οι άνδρες δέχονται πιέσεις, καθώς η κοινωνία ζητά από αυτούς χαρακτηριστικά, όπως η δύναμη, η ανεξαρτησία και η κυριαρχία. Οι γυναίκες από την άλλη, συχνά αντιμετωπίζονται ως υποτακτικές που πρέπει να αποδέχονται τις επιθυμίες του συντρόφου τους. Επιπρόσθετα, δεν είναι ιδιαίτερα κοινωνικά αποδεκτή η ενεργή σεξουαλική ζωή μιας νεαρής γυναίκας, αποδεικνύοντας με ακόμα έναν τρόπο ότι η κοινωνία επεμβαίνει και καθορίζει τη σεξουαλική συμπεριφορά ενός ανθρώπου, ανεξάρτητα από τα βιολογικά του χαρακτηριστικά (Few, 1997).

1.5. Σεξουαλικότητα και πολιτισμικό πλαίσιο

Όπως αναφέρθηκε και σε προηγούμενες παραγράφους, η σεξουαλικότητα αποτελεί μια πολύπλοκη έννοια που δε σχετίζεται αποκλειστικά και μόνο με τη φυσιολογία του κάθε ατόμου. Σύμφωνα με τη θεωρία της κοινωνικής κατασκευής, διαφορετικοί πολιτισμοί αναπτύσσουν ξεχωριστές αντιλήψεις και αξίες για τη σεξουαλικότητα, επηρεάζοντας έτσι τα αισθήματα και τις επιθυμίες των ανθρώπων. Έτσι, το εκάστοτε πολιτισμικό πλαίσιο καθορίζει τι σημαίνουν οι λέξεις «άνδρας» και «γυναίκα», διαμορφώνοντας κοινωνικά αποδεκτές συμπεριφορές και στερεότυπα. Αγόρια και κορίτσια μαθαίνουν από νωρίς τι σημαίνει σεξουαλικότητα, ποιες σχέσεις θεωρούνται φυσιολογικές και τι είδους αποφάσεις πρέπει να παίρνουν για τη ζωή τους, ανάλογα με τον πολιτισμό της χώρας τους, καθώς και την οικονομική και κοινωνική τους κατάσταση.

Όταν κάποιος αποφασίζει με βάση τις επιθυμίες του για τη σεξουαλική ζωή που θα ακολουθήσει, συχνά έρχεται αντιμέτωπος με το στίγμα και τη μακροχρόνια αποδοκιμασία των συμπολιτών του. Μερικά από τα στερεότυπα που ακόμη επικρατούν σε πολλές χώρες ανά τον κόσμο είναι τα εξής: Οι γυναίκες πρέπει να αποζητούν οικειότητα και αγάπη, αλλά όχι ευχαρίστηση από τις σεξουαλικές επαφές. Αντίθετα, οι άνδρες εκπαιδεύονται να συσχετίζουν τη

δύναμή και την αυτοεκτίμησή τους με τη σεξουαλικότητα, όπως και να απαιτούν από τη σύντροφό τους σεξουαλικές σχέσεις και ευχαρίστηση. Εξετάζοντας, επομένως, το πολιτισμικό πλαίσιο, προκύπτει ότι η σεξουαλική συμπεριφορά, είτε θεωρείται αποδεκτή είτε ανάρμοστη, μπορεί να είναι το άμεσο αποτέλεσμα των κοινωνικών αντιλήψεων (Eliason, 2014; World Health Organization, 2006).

1.6. Σεξουαλικότητα και ταυτότητα

Η σεξουαλικότητα αποτελεί ένα σημαντικό τμήμα της ταυτότητας ενός ατόμου, καθώς επηρεάζει όχι μόνο τη σεξουαλική του συμπεριφορά, αλλά και τις καθημερινές του δραστηριότητες και σκέψεις. Συνεπώς, προκύπτει η έννοια της σεξουαλικής ταυτότητας, η οποία στοχεύει στην ερμηνεία των προτύπων σεξουαλικής και ρομαντικής έλξης του κάθε ανθρώπου. Μιας και οι σεξουαλικές σχέσεις εξυπηρετούν και την αναπαραγωγή και την ικανοποίηση, θεωρείται ότι η σεξουαλική ταυτότητα διαμορφώνεται ως αποτέλεσμα βιολογικών και κοινωνικών παραγόντων (Ventriglio & Bhugra, 2019). Έτσι, γίνεται διάκριση με βάση το σεξουαλικό προσανατολισμό σε ετεροφυλοφιλία, ομοφυλοφιλία και αμφιφυλοφιλία (Kok, 2004).

Όσον αφορά τη βιολογική πλευρά της σεξουαλικής ταυτότητας, έχουν πραγματοποιηθεί πολλές έρευνες σε ανθρώπους και πειράματα σε ζώα που αποδεικνύουν τους μηχανισμούς ανάπτυξης των γεννητικών οργάνων σε άνδρες και γυναίκες. Επιπλέον, διερευνάται ο τρόπος με τον οποίο γονίδια, ορμόνες και αναπτυξιακές διαδικασίες διαμορφώνουν την εγκεφαλική λειτουργία και τη σχετική με το φύλο συμπεριφορά (Roselli, 2018). Επομένως, φαίνεται ότι διαφορές μεταξύ των δύο φύλων σχετικά με την επιθετικότητα, την ενσυναίσθηση και κατ' επέκταση, τις σεξουαλικές συμπεριφορές, σχετίζονται με βιολογικά φαινόμενα. Όμως, πιστεύεται πως σημαντικό ρόλο έχουν επίσης η ανατροφή και η κοινωνική επίδραση (Ventriglio & Bhugra, 2019).

1.7. Σεξουαλικότητα και φύλο

Τα τελευταία χρόνια, έχει παρατηρηθεί μια μεταβολή στους όρους που χρησιμοποιούνται για την περιγραφή και ερμηνεία των σεξουαλικών προτιμήσεων των ανθρώπων. Πολλοί επιστήμονες επισημαίνουν ότι δε θα πρέπει να περιορίζεται η διάκριση των ατόμων σε άνδρες και γυναίκες. Μια τέτοια ομαδοποίηση στηρίζεται στην περιγραφή του βιολογικού φύλου (sex), δηλαδή των σωματικών χαρακτηριστικών κατά τη γέννηση. Όμως, είναι αρκετές οι περιπτώσεις όπου τα αισθήματα και οι σεξουαλικές συμπεριφορές ενός ατόμου δεν ταυτίζονται με το φύλο του. Αυτό οδηγεί στην εισαγωγή της έννοιας του γένους ή κοινωνικού φύλου (gender) (Eliason, 2014; Kok, 2004). Το γένος, επομένως, επηρεάζεται από τις αντιλήψεις της κοινωνίας για τους ρόλους που πρέπει να έχει ένας άνθρωπος, σύμφωνα με τον ανδρισμό και το φεμινισμό, όπως εξηγείται και από τη θεωρία της κοινωνικής κατασκευής. Μάλιστα, υπάρχουν και ρόλοι που κατατάσσονται ενδιάμεσα, δείχνοντας την ύπαρξη ενός φάσματος χαρακτηριστικών που επηρεάζει τη σεξουαλικότητα (Ventriglio & Bhugra, 2019).

1.8. Σεξουαλικότητα και κοινωνικές σχέσεις

Παρά το γεγονός ότι η σεξουαλικότητα αποτελεί ένα σημαντικό τμήμα της ζωής οποιουδήποτε ανθρώπου, οι συζητήσεις για το συγκεκριμένο θέμα παραμένουν δύσκολες, ακόμα και στη σημερινή εποχή. Η σεξουαλικότητα θεωρείται ιδιωτικό ζήτημα, ενώ ταυτόχρονα επηρεάζεται από κοινωνικές, πολιτισμικές και θρησκευτικές παραμέτρους. Ως αποτέλεσμα, δυσχεραίνεται η επικοινωνία μεταξύ μελών της οικογένειας, αλλά και των επαγγελματιών υγείας με τους ασθενείς τους για θέματα που άπτονται της σεξουαλικότητας. Ένα σχετικό παράδειγμα αφορά την εφηβεία. Η ανάπτυξη της σεξουαλικότητας εκείνη την περίοδο, είναι ένα φυσιολογικό φαινόμενο της ζωής. Ωστόσο, λόγω των αντιλήψεων της κοινωνίας που καταδικάζουν τη σεξουαλική συμπεριφορά των εφήβων, αγόρια και κορίτσια αναγκάζονται να αποκρύπτουν αυτή την πτυχή της καθημερινότητάς τους, όπως επίσης να μην έχουν πρόσβαση σε ενημέρωση και υπηρεσίες υγείας.

Ακόμη, υπάρχει διαφορετική αντιμετώπιση της σεξουαλικότητας από την κοινωνία ανάλογα με το φύλο. Η σεξουαλικότητα αγοριών και ανδρών σχετίζεται με μεγαλύτερη ελευθερία και ευκαιρίες για το μέλλον. Αντίθετα, για τα κορίτσια και τις γυναίκες, η σεξουαλικότητα είναι αλληλένδετη με το γάμο και την απόκτηση απογόνων. Αυτό μπορεί να σημαίνει λιγότερες ευκαιρίες εκπαίδευσης ή κοινωνικής ζωής. Σε πιο παραδοσιακές κοινωνίες, ίσως να περιλαμβάνει το έθιμο της κλειτοριδεκτομής, με χρόνιες συνέπειες για τη σεξουαλικότητα. Ένα επιπλέον σοβαρό ζήτημα είναι η συσχέτιση συγκεκριμένων σεξουαλικών συμπεριφορών και πρακτικών με τον κίνδυνο μόλυνσης και μετάδοσης νοσημάτων, όπως το AIDS. Μάλιστα, έχει φανεί ότι οι ίδιες οι κοινωνικές ανισότητες μπορούν να οδηγήσουν σε τέτοιες επικίνδυνες συμπεριφορές (World Health Organization, 2006).

1.9. Σεξουαλικότητα και πολιτικές

Ενώ τις τελευταίες δεκαετίες έχει διευρυνθεί η έννοια της σεξουαλικότητας και έχει γίνει περισσότερο κατανοητή η σημασία της στη ζωή των ανθρώπων, δεν έχει δοθεί αρκετή προσοχή στα σεξουαλικά δικαιώματα. Η συμπερίληψη της σεξουαλικότητας στα ανθρώπινα δικαιώματα είναι αντικείμενο των σεξουαλικών πολιτικών. Από νωρίς αναδείχθηκε το δικαίωμα της ελεύθερης βούλησης για την αναπαραγωγή. Ακόμη, αναγνωρίστηκε το δικαίωμα των γυναικών να αποφασίζουν ελεύθερα για τη σεξουαλικότητά τους και να προστατεύονται από φαινόμενα βίας και διακρίσεων (World Health Organization, 2006). Ωστόσο, υπάρχουν δικαιώματα που δεν έχουν κατοχυρωθεί μέχρι και σήμερα και σχετίζονται με το ρόλο της σεξουαλικότητας στην ικανοποίηση και όχι στην αναπαραγωγική διαδικασία. Σε πολλές χώρες, συνεχίζουν να υφίστανται διακρίσεις με βάση το σεξουαλικό προσανατολισμό, καθώς αποκλίσεις από οτιδήποτε θεωρείται φυσιολογικό από την κοινωνία και τη θρησκεία, συχνά αντιμετωπίζεται ως κάτι παθολογικό που χρειάζεται θεραπεία. Για παράδειγμα, μέχρι και το 1973, η ομοφυλοφιλία θεωρούνταν ψυχική ασθένεια. Η Οικουμενική Διακήρυξη για τα Ανθρώπινα Δικαιώματα αναγνωρίζει, πλέον, το δικαίωμα να εκφράζει κανείς τη σεξουαλική του προσανατολισμό, χωρίς το φόβο του διωγμού, αρκεί αυτό να γίνεται με σεβασμό στα δικαιώματα των υπολοίπων. Στην πράξη ωστόσο, πολλές

χώρες δεν αναγνωρίζουν τα σεξουαλικά δικαιώματα ως δικαιώματα των ανθρώπων (Ventriglio & Bhugra, 2019).

1.10. Σεξουαλικότητα και υγεία

Η σεξουαλική υγεία είναι απαραίτητη προκειμένου να εξασφαλιστεί η συνολική υγεία ενός ανθρώπου και φαίνεται πως αυτές οι δύο έννοιες είναι αλληλένδετες. Η έλλειψη φυσικής ή ψυχικής υγείας επηρεάζει τη σεξουαλικότητα, ενώ η μη ικανοποιητική σεξουαλική ζωή μπορεί και αυτή να έχει επιπτώσεις στην υγεία. Η σεξουαλική υγεία δε σχετίζεται μόνο με την επίλυση σεξουαλικών δυσλειτουργιών που πιθανά επηρεάζουν την αναπαραγωγική ικανότητα, αλλά αφορά και την επίτευξη της συναισθηματικής εκπλήρωσης (Coverdale, Balon, & Roberts, 2011; Rao & Nagaraj, 2015).

Η σεξουαλική υγεία είναι το αποτέλεσμα πολύπλοκων και συνεργαζόμενων συστημάτων, όπως το νευρικό, το ενδοκρινικό και το αγγειακό σύστημα. Δυσλειτουργίες αυτών μπορούν να προκαλέσουν, άμεσα ή έμμεσα, προβλήματα γονιμότητας, αυτοεκτίμησης και διαπροσωπικών σχέσεων. Μερικοί από τους παράγοντες που είναι δυνατόν να προκαλέσουν σεξουαλική δυσλειτουργία, είτε στον άνδρα είτε στη γυναίκα, είναι η παχυσαρκία, η κατανάλωση αλκοόλ και η καθιστική ζωή. Επίσης, ψυχολογικοί παράγοντες, όπως το χρόνιο στρες μπορούν να έχουν δυσάρεστες επιπτώσεις στη σεξουαλικότητα (Mollaioli et al., 2020).

2. Σεξουαλικότητα και αναπηρία

2.1. Η σεξουαλική συμπεριφορά και η σεξουαλική έκφραση των αναπήρων

Υπολογίζεται ότι περισσότερο από το 15% του παγκόσμιου πληθυσμού αντιμετωπίζει κάποια μορφή αναπηρίας. Φυσικές, αισθητηριακές, νοητικές και αναπτυξιακές αναπηρίες επηρεάζουν άνδρες και γυναίκες σε ολόκληρο τον κόσμο. Οι αναπηρίες οφείλονται σε ποικίλα αίτια, ενώ η εμφάνισή τους μπορεί να γίνεται κατά τη γέννηση ή σε μεγαλύτερη ηλικία, λόγω κάποιου ατυχήματος ή ασθένειας. Τα άτομα με αναπηρίες έρχονται καθημερινά αντιμέτωπα με πλήθος δυσκολιών λόγω της κατάστασης της υγείας τους και πολύ συχνά γίνεται λόγος για την ανάγκη διασφάλισης των δικαιωμάτων τους. Ένα όμως θέμα που δεν συζητείται αρκετά, αφορά τη σεξουαλικότητα των αναπήρων (Addlakha, Price, & Heidari, 2017). Κάθε άνθρωπος, ανεξάρτητα από τις σωματικές και νοητικές του ικανότητες, έχει δικαίωμα στη σεξουαλικότητα. Ωστόσο, στην πραγματικότητα, οι αντιλήψεις που επικρατούν στην κοινωνία είναι ότι τα άτομα με αναπηρία δεν ενδιαφέρονται να εκφράσουν τη σεξουαλικότητά τους ή δεν είναι ικανά να αναπτύξουν σεξουαλικές σχέσεις. Το πρόβλημα είναι ακόμα μεγαλύτερο για τις γυναίκες, αφού η σεξουαλικότητά τους αντιμετωπίζεται με διακρίσεις και μυστικότητα, ακόμα και όταν αυτές είναι υγιείς (Baptista et al., 2014).

Η παρούσα εργασία επικεντρώνεται στα χαρακτηριστικά των ανάπηρων γυναικών, για τη σεξουαλική συμπεριφορά και τα προβλήματα των οποίων δεν υπάρχουν επαρκή δεδομένα. Τις περισσότερες φορές, η βιβλιογραφία εστιάζει στην αναπαραγωγική πλευρά της σεξουαλικότητας, όπως η εγκυμοσύνη και ο τοκετός (Nosek et al., 1996). Ωστόσο, είναι αξιοσημείωτο πως τα τελευταία χρόνια, όλο και περισσότερες μελέτες αποκαλύπτουν και την άλλη όψη της σεξουαλικότητας. Σε αυτό που συμφωνούν όλες οι μελέτες είναι ότι γυναίκες με αναπηρία έχουν κοινές ανησυχίες για τη σεξουαλικότητά τους, αλλά και διαφορές οι οποίες εξαρτώνται από το είδος και την ηλικία έναρξης της αναπηρίας τους.

Μερικές μορφές κινητικής αναπηρίας αφορούν τον τραυματισμό της σπονδυλικής στήλης, τη δισχιδή ράχη, τον τραυματισμό του εγκεφάλου, το εγκεφαλικό επεισόδιο, ή κάποιον ακρωτηριασμό. Ανάλογα με την περίπτωση, η κίνηση μπορεί να γίνεται με αναπηρικό αμαξίδιο ή με προσθετικά μέλη. Σε μια κοινωνία, όπου έχει υψηλή αξία η ομορφιά και η τελειότητα, αυτές οι γυναίκες έχουν να αντιμετωπίσουν την απόρριψη, τον αποκλεισμό από την έννοια της ελκυστικότητας και κατ' επέκταση, ψυχολογικά προβλήματα, όπως κατάθλιψη και χαμηλή αυτοεκτίμηση. Ωστόσο, νιώθουν πως θέλουν να εκφράσουν τη σεξουαλικότητά τους και να τη μοιραστούν με κάποιο σύντροφο. Πολλές φορές όμως, η οικογένεια αρνείται να αποδεχτεί αυτή την ανάγκη της νεαρής γυναίκας, είναι πολύ προστατευτική και εμποδίζει την κοινωνικοποίησή της, με αποτέλεσμα να καταστέλλονται τα σεξουαλικά της αισθήματα (Bartista et al., 2014). Ένα ακόμα ζήτημα που απασχολεί τις γυναίκες με αναπηρία είναι η ανεπαρκής σεξουαλική αγωγή. Αυτό προκαλεί παρανοήσεις γύρω από το θέμα των σεξουαλικών επαφών, ιδιαίτερα όταν γεννιούνται με αναπηρία, επομένως δεν έχουν προηγούμενη σεξουαλική εμπειρία. Επιπρόσθετα, οι ανάπηρες γυναίκες αποζητούν την κατάλληλη ειδική εκπαίδευση για να διευκολυνθούν κατά τη διάρκεια της σεξουαλικής επαφής, ανάλογα με τις κινητικές ή άλλες σωματικές δυσκολίες που αντιμετωπίζουν, όπως προβλήματα του ουροποιητικού συστήματος (Streur et al., 2019). Ένα συχνό ζήτημα που αφορά συνήθως γυναίκες με βλάβη στη σπονδυλική στήλη είναι η δυσκολία σεξουαλικής διέγερσης λόγω παράλυσης (Alexander & Alexander, 2007). Γενικότερα, έρευνες δείχνουν ότι οι γυναίκες με αναπηρία θεωρούν ότι η σεξουαλικότητα αποτελεί σημαντικό τμήμα της ζωής τους. Η σεξουαλική τους επιθυμία, στην πλειοψηφία των περιπτώσεων, παραμένει υψηλή. Αντίθετα, η σεξουαλική δραστηριότητα και ικανοποίηση μπορεί να είναι μειωμένη στις περιπτώσεις που δεν γίνεται αποδεκτή η αναπηρία από την ίδια τη γυναίκα και τον περίγυρό της (Nosek et al., 1996).

Η νοητική υστέρηση αφορά το 1-3% του πληθυσμού, εμφανίζεται κατά την παιδική ηλικία και περιγράφεται από δείκτη ευφυΐας χαμηλότερο από 70 (Trollor et al., 2016). Βασικό ζήτημα που παρουσιάζεται σε οικογένειες με παιδιά που πάσχει από νοητική αναπηρία είναι η μεγάλη προσπάθεια προστασίας από πιθανή κακοποίηση και εκμετάλλευση. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα να παρεμποδίζεται η επαφή με φίλους και γενικότερα με την κοινωνία. Ιδιαίτερα στην περίπτωση των κοριτσιών και των γυναικών, λόγω του κινδύνου εγκυμοσύνης, υπάρχει έντονη απομόνωση. Στην πραγματικότητα, όμως, οι γυναίκες με νοητική υστέρηση παρουσιάζουν το ίδιο ενδιαφέρον και επιθυμίες για ανάπτυξη σεξουαλικών σχέσεων με τον υπόλοιπο πληθυσμό. Συγκριτικά με τους άνδρες με νοητική υστέρηση, οι γυναίκες κατέχουν λιγότερες γνώσεις για σεξουαλικά ζητήματα και ως συνέπεια, εκτίθενται σε κινδύνους. Για παράδειγμα, πολλές φορές πιστεύουν ότι δεν μπορούν να αποκτήσουν απογόνους ή ότι δεν είναι δυνατόν να προκύψει εγκυμοσύνη κατά την

πρώτη τους σεξουαλική επαφή, με αποτέλεσμα να μην εφαρμόζουν μέτρα αντισύλληψης. Γενικότερα, ωστόσο, γυναίκες με νοητική αναπηρία είναι λιγότερο πιθανό να έχουν σεξουαλικές επαφές, παρά την επιθυμία τους, αν και τα διαθέσιμα στοιχεία είναι ελλιπή. Για τα άτομα με νοητική υστέρηση, η έννοια της σεξουαλικότητας μπορεί να περιλαμβάνει απλώς ένα φιλί, μια αγκαλιά ή το κράτημα των χεριών (Baines, Emerson, Robertson, & Hatton, 2018). Κάποιες φορές δε γίνεται κατανοητή η έννοια και η διαδικασία της σεξουαλικής πράξης και προτιμάται μονάχα η φυσική οικειότητα. Τέλος, οι απαντήσεις των ερωτηθέντων σε έρευνες σχετικά με ανεπιθύμητες σεξουαλικές επαφές, ποικίλουν. Κάποιες νοητικά ανάπηρες γυναίκες δεν κατανοούν ότι έχουν το δικαίωμα να αρνηθούν, ενώ οι περισσότερες φαίνεται να έχουν προσελκυστεί σεξουαλικά κάποια στιγμή στη ζωή τους χωρίς τη θέλησή τους (Eastgate, Van Driel, Lennox, & Scheermeyer, 2011).

2.2. Η επιθυμία των αναπήρων για συντροφικότητα και γάμο

Οι αντιλήψεις που επικρατούν για τις ανάπηρες γυναίκες είναι ότι δε χρειάζονται ρομαντικές σχέσεις στη ζωή τους. Ακόμα και αν το επιθυμούν, δεν μπορούν να το πετύχουν, γιατί δε διαθέτουν ελκυστικότητα και δεν προκαλούν το ενδιαφέρον ενός πιθανού συντρόφου. Οι απαντήσεις γυναικών με αναπηρία σχετικά με την αντιμετώπισή τους από την κοινωνία, είναι ότι συχνά ο κόσμος φοβάται να τις πλησιάσει, σαν να έχουν κάποια μολυσματική ασθένεια. Ωστόσο, αυτό δεν αποθαρρύνει όλες τις γυναίκες με αναπηρία. Υψηλά ποσοστά αυτών, παρουσιάζουν υψηλή αυτοεκτίμηση και αναζητούν τη συντροφικότητα, προκειμένου να επιτύχουν προσωπική ολοκλήρωση. Ανεξάρτητα από τις σωματικές ή νοητικές τους ικανότητες, οι γυναίκες με αναπηρία μπορούν να είναι ελκυστικές και σε συνδυασμό με την καθαρότητα της ψυχής τους, να αγαπηθούν (Baptista et al., 2014). Μάλιστα, εκείνες οι γυναίκες που καταφέρνουν να βρουν κάποιο σύντροφο που να τους παρέχει στήριξη, σεβασμό και άνεση, παρουσιάζουν αυξημένη αυτοπεποίθηση (Streur et al., 2019).

Υπάρχουν, επομένως, αρκετά στοιχεία που αποδεικνύουν ότι οι γυναίκες με αναπηρία επιθυμούν να αποκτήσουν ένα σύντροφο για να ικανοποιήσουν τις συναισθηματικές και σεξουαλικές τους ανάγκες. Ο γάμος θεωρείται επίσης μια σημαντική πλευρά της ζωής τους και αποτελεί το πρώτο βήμα για απόκτηση οικογένειας. Τα στατιστικά δεδομένα δείχνουν ότι το ποσοστό γάμου είναι υψηλότερο για τις σωματικά ικανές γυναίκες, ενώ η ηλικία του γάμου είναι λίγο μεγαλύτερη για τις γυναίκες με αναπηρία (Nosek et al., 1996). Πολλές γυναίκες με αναπηρία παραμένουν άγαμες, χωρίς αυτό να αποτελεί απαραίτητα δική τους επιθυμία. Υπάρχουν περιπτώσεις που οι γυναίκες εκφράζουν τα συναισθήματά τους σε συντρόφους, χωρίς αυτοί να επιζητούν τη συνέχιση της σχέσης πέρα από τη σεξουαλική πλευρά της. Ένα ακόμα εμπόδιο που έχουν να αντιμετωπίσουν οι γυναίκες με αναπηρία είναι η δυσαρέσκεια και η άρνηση της οικογένειάς τους στην αποδοχή του γάμου (Peta, McKenzie, Kathard, & Africa, 2017). Τα άτομα με νοητική υστέρηση, συνήθως προσεγγίζουν τη σεξουαλική επαφή από περιέργεια, αλλά στην πορεία αναπτύσσουν μεγαλύτερο ενδιαφέρον για την εγγύτητα που προσφέρει αυτή η σχέση. Από τα λεγόμενά τους σε έρευνες, προκύπτει ότι επιθυμούν να εκφράσουν τα συναισθήματά και την αγάπη τους για ένα άλλο πρόσωπο σε μια σχέση. Κατανοούν την έννοια του γάμου και της οικογένειας, θέλουν να αποκτήσουν δική τους και πιστεύουν ότι μπορούν να τα καταφέρουν,

αναλαμβάνοντας το ρόλο που θεωρούν ότι τους αρμόζει στην οικογένεια και το σπίτι (Kijak, 2011).

2.3. Η επιθυμία γονεϊκότητας των αναπήρων

Ανεξάρτητα από τα στερεότυπα της κοινωνίας, οι γυναίκες με αναπηρία δε διαφέρουν από τις υγιείς γυναίκες στην επιθυμία τους για μητρότητα. Μάλιστα, παρατηρείται ότι η απόκτηση παιδιών είναι ίσως το πιο σημαντικό τους όνειρο (Bartista et al., 2014). Σε μια πρόσφατη έρευνα που πραγματοποιήθηκε στις Η.Π.Α., το 61% των ερωτηθέντων γυναικών χωρίς αναπηρία ήθελαν να δοκιμάσουν τη γονεϊκότητα στο μέλλον, ενώ το 60% των γυναικών με αναπηρία εξέφρασαν την ίδια επιθυμία. Η διαφορά μεταξύ τους φάνηκε όταν γυναίκες που είχαν ήδη ένα παιδί, ερωτήθηκαν αν σκόπευαν να αποκτήσουν στο μέλλον περισσότερα. Οι γυναίκες με αναπηρία ήταν πιο διστακτικές και προτιμούσαν να μην προχωρήσουν ξανά σε μια εγκυμοσύνη. Επίσης όσο μεγαλύτερη ήταν η ηλικία των ανάπηρων γυναικών, τόσο μικρότερο ήταν το ποσοστό των θετικών απαντήσεων για την απόκτηση παιδιού στο μέλλον. Βέβαια, οι επιθυμίες των γυναικών με αναπηρία δε συμβαδίζουν πάντοτε με την πραγματικότητα και την εικόνα που έχουν η οικογένεια, η κοινωνία και τα συστήματα υγείας για αυτές. Μια από τις λανθασμένες αντιλήψεις που επικρατούν είναι ότι δεν μπορούν να γίνουν μητέρες, είτε γιατί αντιμετωπίζουν προβλήματα γονιμότητας, είτε γιατί δεν είναι ικανές να γεννήσουν και να μεγαλώσουν ένα παιδί. Για τους παραπάνω λόγους, είναι πολλές οι περιπτώσεις που αυτές οι γυναίκες αποθαρρύνονται, ακόμα και αν οι αιτίες που προβάλλονται δεν ανταποκρίνονται στην πραγματικότητα (Bloom, Mosher, Alhusen, Lantos, & Hughes, 2017; Shandra, Hogan, & Short, 2014). Μάλιστα, δεν είναι λίγα τα περιστατικά στην ιστορία, αλλά ακόμα και τη σημερινή εποχή σε κάποιες κοινωνίες, που οι γυναίκες με αναπηρία υποβάλλονται σε διαδικασίες που εξασφαλίζουν ότι δεν θα μπορέσουν να κυφορήσουν. Για παράδειγμα, οδηγούνται σε υστερεκτομή χωρίς να συντρέχει κάποιος λόγος υγείας. Επίσης, αν γίνουν μητέρες, μπορεί να μην τους παρέχεται η κατάλληλη στήριξη για να μεγαλώσουν το παιδί με τα απαραίτητα μέσα και υποδομές διευκόλυνσης. Ακόμη, τα παιδιά μπορεί να απομακρύνονται από τις κοινωνικές υπηρεσίες και να δίνονται σε ιδρύματα ή για υιοθεσία, χωρίς τη θέληση της γυναίκας (Daniels, 2019). Αντίθετα, οι ίδιες οι γυναίκες με αναπηρία επιμένουν ότι είναι ικανές να μεγαλώσουν ένα παιδί με αγάπη και να ικανοποιούν τις ανάγκες του, χωρίς να το θέτουν σε κίνδυνο. Αυτό, όμως, που ζητούν είναι να έχουν πρόσβαση σε επαγγελματική αποκατάσταση, μέσα μεταφοράς και υγειονομική περίθαλψη (Frederick, 2014).

3. Σκλήρυνση κατά πλάκας

3.1. Παθοφυσιολογία της σκλήρυνσης κατά πλάκας

Η σκλήρυνση κατά πλάκας ή αλλιώς πολλαπλή σκλήρυνση είναι μια χρόνια φλεγμονώδης νόσος του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος (ΚΝΣ). Αποτελεί την κυριότερη μη τραυματική αιτία αναπηρίας των νεαρών ενηλίκων. Η αιτιολογία της δεν έχει ακόμη εξακριβωθεί, ενώ πιστεύεται ότι για την εμφάνισή της εμπλέκονται περιβαλλοντικοί και γενετικοί παράγοντες (Kamm, Uitdehaag, & Polman, 2014; Kingwell et al., 2013).

Η πολλαπλή σκλήρυνση περιγράφεται από φλεγμονή στο ΚΝΣ, απομυελίνωση, τραυματισμό και απώλεια νευραξόνων. Θεωρείται ότι η καταστροφή των νευρώνων ξεκινά από την είσοδο ενεργοποιημένων αυτοδραστικών Τ λεμφοκυττάρων στο ΚΝΣ μετά από διάσχιση του αιματοεγκεφαλικού φραγμού. Η έκκριση φλεγμονωδών κυτταροκινών από αυτά οδηγεί σε διέγερση των αστροκυττάρων και μικρογλοιακών κυττάρων, με αποτέλεσμα να προσελκύονται ακόμα περισσότερα φλεγμονώδη κύτταρα και να παράγονται αντισώματα από πλασματοκύτταρα. Η συνέπεια όλης αυτής της διαδικασίας είναι ο τραυματισμός του ιστού στην περιοχή και η δημιουργία πλάκας. Πρωταρχικό γεγονός θεωρείται η καταστροφή της μυελίνης, ενώ ακολουθεί τραυματισμός του νευράξονα. Εκφυλισμός νευρώνων και ολιγοδενδροκυττάρων οδηγεί τελικά σε εκφυλισμό του φλοιού. Η προοδευτική νόσος χαρακτηρίζεται από διάχυτη καταστροφή της φαιάς και λευκής ουσίας (Kamm et al., 2014).

Μια δεύτερη θεωρία για την παθογένεση της πολλαπλής σκλήρυνσης υποστηρίζει ότι η νόσος ξεκινάει από εκφυλισμό του ΚΝΣ που, στη συνέχεια, προκαλεί την έλευση κυττάρων του ανοσοποιητικού συστήματος για την επαγωγή φλεγμονής. Συγκεκριμένα, η καταστροφή των νευρώνων έχει ως αποτέλεσμα την απελευθέρωση εαυτών αντιγόνων, όπως η μυελίνη, που έπειτα αναγνωρίζονται από το ανοσοποιητικό σύστημα. Η ανοσολογική απάντηση προκαλεί με τη σειρά της μεγαλύτερη καταστροφή των νευρώνων, οπότε αυτός ο φαύλος κύκλος συνεχίζεται (Stys & Tsutsui, 2019).

3.2. Διάγνωση

Η διάγνωση της σκλήρυνσης κατά πλάκας γίνεται συνήθως με τη βοήθεια της Μαγνητικής Τομογραφίας (MRI). Κατά την απεικόνιση, προσδιορίζονται βλάβες του ΚΝΣ διασκορπισμένες στο χώρο και στο χρόνο. Ο κυριότερος δείκτης παρουσίας της νόσου είναι περιοχές με αλλαγές T2 σήματος που ενισχύονται με χρήση γαδολινίου. Συγκεκριμένα, όσον αφορά τις μεταβολές στο χώρο, εντοπίζεται τουλάχιστον μια T2 βλάβη σε δύο από τέσσερις περιοχές του ΚΝΣ που θεωρούνται τυπικές για τη σκλήρυνση κατά πλάκας. Για τις βλάβες που εμφανίζονται στο χρόνο, διερευνάται η εμφάνιση νέας T2 περιοχής σε επαναληπτική εξέταση (Kamm et al., 2014). Για την εξακρίβωση της διάγνωσης, χρησιμοποιούνται επίσης ενδείξεις, όπως αυξημένη καθυστέρηση των προκλητών δυναμικών όρασης ή οσφουονωτιαία παρακέντηση για την εύρεση σχετικών με τη νόσο αντισωμάτων στο εγκεφαλονωτιαίο υγρό. Με τον παραπάνω συνδυασμό είναι δυνατόν να αποκλειστούν άλλες πιθανές παθήσεις (Doshi & Chataway, 2016).

3.3. Ταξινόμηση

Η πολλαπλή σκλήρυνση ταξινομείται σε τέσσερις μορφές:

- Μεμονωμένο Κλινικό Σύνδρομο (CIS)
- Υποτροπιάζουσα-Διαλείπουσα μορφή (RRMS)
- Δευτεροπαθώς Προϊούσα μορφή (SPMS)
- Πρωτοπαθώς Προϊούσα μορφή (PPMS)

Το Μεμονωμένο Κλινικό Σύνδρομο αποτελεί την αρχική μορφή του 80% των περιπτώσεων της νόσου. Πρόκειται για μια μονοεστιακή μορφή συμπτωμάτων που εμφανίζονται ως οξέα επεισόδια που διαρκούν τουλάχιστον 24 ώρες. Περιλαμβάνουν το οπτικό νεύρο, το νωτιαίο μυελό, το εγκεφαλικό στέλεχος και την παρεγκεφαλίδα. Υπάρχει πιθανότητα μετατροπής σε RRMS.

Η Υποτροπιάζουσα-Διαλείπουσα αποτελεί την πιο συχνή μορφή της νόσου, προσβάλλοντας το 85% των ασθενών. Περιλαμβάνει περιόδους υποτροπής, δηλαδή νευρολογικής δυσλειτουργίας που ακολουθούνται από περιόδους ύφεσης, δηλαδή κλινικής σταθερότητας. Χαρακτηρίζεται από αδυναμία, προβλήματα ισορροπίας και όρασης που διαρκούν τουλάχιστον 24 ώρες. Τα μισά περίπου επεισόδια οδηγούν σταδιακά σε συσσωρευση βλαβών. Οι υποτροπές οφείλονται σε περιοχές έντονης φλεγμονής. Σε περίπου 80% των περιπτώσεων, παρατηρείται εξέλιξη σε SPMS 10-15 χρόνια μετά από τη διάγνωση.

Η Δευτεροπαθώς Προϊούσα μορφή εμφανίζεται ως εξέλιξη της RRMS, ενώ διερευνώνται οι παράγοντες που σχετίζονται με αυτή τη μετατροπή. Η εμφάνιση RRMS σε μεγαλύτερη ηλικία και το ανδρικό φύλο φαίνεται να καθοδηγούν πιο ισχυρά αυτή την επιδείνωση. Η SPMS περιλαμβάνει φάσεις επιδείνωσης και περιόδους σταθερής δυσλειτουργίας. Εμπλέκονται χαμηλότερα επίπεδα φλεγμονής από την RRMS, αλλά συμμετέχουν επίσης η μιτοχονδριακή δυσλειτουργία και η αξονική καταστροφή με αποτέλεσμα το νευροεκφυλισμό.

Η Πρωτοπαθώς Προϊούσα μορφή εμφανίζεται σε 10-20% των ασθενών. Δεν περιλαμβάνει περιόδους υποτροπής και ύφεσης, επομένως χαρακτηρίζεται από συνεχή επιδείνωση από την έναρξη της νόσου. Η αναπηρία επέρχεται με παράλληλο τρόπο στην PPMS και την SPMS. Πρόκειται και πάλι για μια περίπτωση νευροεκφυλισμού που συνοδεύεται από χαμηλή έως ενδιάμεση φλεγμονή (Doshi & Chataway, 2016; Klineova & Lublin, 2018).

3.4. Κλινικά χαρακτηριστικά

Τα κλινικά χαρακτηριστικά της σκλήρυνσης κατά πλάκας εξαρτώνται από την περιοχή του ΚΝΣ που προσβάλλεται σε κάθε επεισόδιο. Επειδή πρόκειται για φλεγμονώδη νόσο, τα συμπτώματα ξεκινούν αργά και εξελίσσονται τις επόμενες ημέρες. Τα επεισόδια διαρκούν τουλάχιστον 24 ώρες και δε συνοδεύονται από μόλυνση ή πυρετό. Τα συμπτώματα που σχετίζονται με την όραση οφείλονται σε οπτική νευρίτιδα. Αυτή περιλαμβάνει πόνο κατά την κίνηση του ματιού, μεταβολή στην αντίληψη των χρωμάτων και μείωση της οπτικής οξύτητας. Η επαναφορά της όρασης μπορεί να χρειαστεί περισσότερες από 2 εβδομάδες και είναι πιθανό να μην επανέλθει πλήρως. Όσον αφορά το νωτιαίο μυελό, προκαλούνται προβλήματα αισθήσεων και

κίνησης των άκρων. Ασθενείς μπορεί να εμφανίσουν ένα αίσθημα ηλεκτρικού σοκ που ξεκινά από το λαιμό. Άλλα συμπτώματα είναι η αδυναμία, η σπαστικότητα και η τετραπάρεση. Η προσβολή του εγκεφαλικού στελέχους προκαλεί διπλωπία, ίλιγγο και απώλεια αίσθησης του προσώπου (Ford, 2020). Η αναπηρία υπολογίζεται από μια κλίμακα, την EDSS. Σύμφωνα με την EDSS για παράδειγμα, η ανάγκη για μονόπλευρη υποστήριξη της βάδισης για τουλάχιστον 100 μέτρα, βαθμολογείται με σκορ ίσο με 6 (Kamm et al., 2014).

3.5. Επιπολασμός της νόσου

Περισσότεροι από 2 εκατομμύρια άνθρωποι πάσχουν από σκλήρυνση κατά πλάκας σε όλο τον κόσμο, αν και τα στατιστικά δεδομένα ποικίλουν στις διάφορες περιοχές της γης. Η νόσος εμφανίζεται συνήθως κατά την τρίτη ή τέταρτη δεκαετία της ζωής, με τα ποσοστά εμφάνισης μετά την ηλικία των 50 να μειώνονται σημαντικά. Η Ευρώπη περιλαμβάνει περισσότερα από τα μισά περιστατικά σκλήρυνσης κατά πλάκας σε όλο τον κόσμο (Kingwell et al., 2013). Ο επιπολασμός της νόσου στην Ευρώπη είναι περίπου 83:100.000, ενώ η μέση ετήσια εμφάνιση νέων περιστατικών υπολογίζεται στα 4.3:100.000. Ο κίνδυνος εμφάνισης πολλαπλής σκλήρυνσης στις γυναίκες είναι υψηλότερος, με την αναλογία γυναικών-ανδρών να έχει ανέλθει από 1.4 το 1955, σε 2.3 το 2000. Η αύξηση των περιστατικών της νόσου, εκτιμάται ότι οφείλεται σε βελτίωση των διαγνωστικών μεθόδων και όχι σε κάποιο παράγοντα που αυξάνει την πιθανότητα νόσησης. Η σκλήρυνση κατά πλάκας δε θεωρείται κληρονομική νόσος. Παρόλα αυτά, η επανεμφάνιση στην οικογένεια του πάσχοντα υπολογίζεται στο 20%. Ένας σημαντικός περιβαλλοντικός παράγοντας που έχει συσχετιστεί με την εμφάνιση της ασθένειας είναι η αύξηση της απόστασης, βόρεια και νότια από τον Ισημερινό. Αυτή η απόσταση επηρεάζει την έκθεση στον ήλιο και κατά συνέπεια, την παραγωγή βιταμίνης D, η επάρκεια της οποίας αποτελεί προστατευτικό παράγοντα (Kamm et al., 2014).

Στην Ελλάδα, ο επιπολασμός της πολλαπλής σκλήρυνσης υπολογίστηκε σε μια πρόσφατη έρευνα ως 138,7/100.000, με το 65.8% να αφορά γυναίκες. Η συχνότητα είναι υψηλότερη στην Αττική και τη Δυτική Ελλάδα, ενώ η χαμηλότερη συχνότητα μετρήθηκε στα βόρεια της χώρας. Ωστόσο, δε βρέθηκε στατιστικά σημαντική διακύμανση στο γεωγραφικό πλάτος των περιοχών που διερευνήθηκαν (Bakirtzis et al., 2020).

3.6. Πρόγνωση

Η πρόγνωση της σκλήρυνσης κατά πλάκας εμφανίζει έντονη ποικιλία μεταξύ των ασθενών. Γενικότερα, όμως, το προσδόκιμο ζωής είναι πλέον 5-10 χρόνια μικρότερο συγκριτικά με το γενικό πληθυσμό. Έρευνες έχουν δείξει ότι η μεσολάβηση μεγάλου διαστήματος ανάμεσα στην εμφάνιση της νόσου και το δεύτερο νευρολογικό επεισόδιο σχετίζεται με καλή πρόγνωση. Αντίθετα, μεγάλος αριθμός υποτροπών τα πρώτα 5 χρόνια σχετίζεται με κακή πρόγνωση. Η PPMS μορφή χαρακτηρίζεται από γρηγορότερη επιδείνωση, συγκριτικά με την RRMS, οδηγώντας σύντομα σε μη αναστρέψιμη αναπηρία. Συνολικά, λιγότερο από 5% των ασθενών εμφανίζουν σοβαρή αναπηρία σε διάστημα 5 ετών μετά τη διάγνωση, ενώ μετά από 20 χρόνια, 10-20%

παραμένουν λειτουργικοί. Σε όλες τις περιπτώσεις της νόσου, προσβάλλονται οι γνωστικές λειτουργίες, όπως η μνήμη και οι εκτελεστικές δεξιότητες, επηρεάζοντας την ικανότητα εργασίας ακόμα και απουσία σωματικής αναπηρίας (Bergamaschi, 2007; Tsang & Macdonell, 2011).

3.7. Συμπτωματική θεραπεία της σκλήρυνσης κατά πλάκας

Η σκλήρυνση κατά πλάκας παρουσιάζεται με μια ποικιλία συμπτωμάτων, ωστόσο δεν υπάρχει αποτελεσματική αντιμετώπιση για όλα. Φαρμακευτικές και μη φαρμακευτικές θεραπείες αποσκοπούν στην ελάττωση των επιπτώσεων και τη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών (Doshi & Chataway, 2016). Άγχος και κατάθλιψη εμφανίζονται συχνά και επιδεινώνουν τη γνωστική δυσλειτουργία. Αυτές αντιμετωπίζονται με γνωσιακή συμπεριφορική θεραπεία, ενώ όσον αφορά τη γνωσιακή δυσλειτουργία, γίνονται προσπάθειες να καταπολεμηθεί σε πρώιμο στάδιο. Η κούραση αποτελεί βασικό σύμπτωμα στο 75% των ασθενών, καθώς φαίνεται να οφείλεται στον πόνο, τη φυσική αναπηρία, την κακή ποιότητα ύπνου και κάποια φάρμακα. Για τον περιορισμό της κούρασης προτείνεται η αερόβια άσκηση για απόκτηση ενέργειας ή φαρμακοθεραπείες με πεμολίνη, 4-αμινοπυριδίνη, L-καρνιτίνη και άλλες ουσίες. Η όραση επηρεάζεται από βλάβες στο εγκεφαλικό στέλεχος, την παρεγκεφαλίδα και το οπτικό νεύρο. Επομένως, χρειάζεται προσεκτική εξέταση των κινήσεων των οφθαλμών προκειμένου να προσδιοριστεί η βλάβη και να προταθεί η κατάλληλη αντιμετώπιση. Για παράδειγμα, ο νυσταγμός καταπολεμάται με φάρμακα όπως η βακλοφαίνη, η γαβαπεντίνη ή η φαμπριδίνη. Οι ασθενείς με πολλαπλή σκλήρυνση έχουν 20 φορές υψηλότερο κίνδυνο νευραλγίας τριδύμου. Αυτή η κατάσταση αντιμετωπίζεται με γαβαπεντίνη, συχνά σε συνδυασμό με άλλα φάρμακα, ενώ στις περιπτώσεις αντίστασης στη φαρμακοθεραπεία, ακολουθείται χειρουργική επέμβαση. Λόγω της εμπλοκής των αισθητηριακών μονοπατιών, προκαλείται νευροπαθητικός πόνος που αντιμετωπίζεται με συμβατικά αναλγητικά ή αντιεπιληπτικά φάρμακα. Δυσκολίες στην κατάποση παρουσιάζονται καθώς επιδεινώνεται η αναπηρία οδηγώντας σε υποσιτισμό, ενώ επηρεάζεται επίσης και ο λόγος. Τα δύο αυτά συμπτώματα διαχειρίζονται με λογοθεραπεία. Η σπαστικότητα παρουσιάζεται κάποια στιγμή στη διάρκεια της νόσου στο 90% των ασθενών. Για τη βελτίωση της ζωής, η σπαστικότητα αντιμετωπίζεται με φυσικοθεραπεία και ορθωτικές συσκευές. Οι φαρμακολογικές θεραπείες περιλαμβάνουν GABAεργικά φάρμακα, κλοναζεπάμη για τους σπασμούς στη διάρκεια της νύχτας και ενδομυϊκή αλλαντική τοξίνη για τοπική σπαστικότητα. Καθώς προχωρά η αναπηρία, είναι πιο συχνή η δυσλειτουργία της ουροδόχου κύστης. Η κατακράτηση ούρων αντιμετωπίζεται με αντιχολινεργική θεραπεία. Η νυκτουρία και η υψηλή συχνότητα ούρησης κατά τη διάρκεια της ημέρας καταπολεμώνται με δεσμοπρεσσίνη. Τέλος, όσον αφορά το έντερο, το 68% των ασθενών παρουσιάζει δυσκοιλιότητα ή ακράτεια. Η πρώτη αντιμετωπίζεται με καθαρτικά, ενώ η δεύτερη βελτιώνεται με βιοανατροφοδότηση, (Shah, 2015).

3.8. Σεξουαλικότητα και σκλήρυνση κατά πλάκας

Οι πάσχοντες από σκλήρυνση κατά πλάκας, ακόμα και στην περίπτωση των ήπιων μορφών της νόσου, παρουσιάζουν διαταραχές στη σεξουαλικότητα (Nazari et al., 2020). Ο κύκλος της σεξουαλικής απόκρισης θα πρέπει να διατηρείται ακέραιος και στα δύο φύλα προκειμένου να

εξασφαλίζεται η υγιής σεξουαλική λειτουργία. Έτσι, άνδρες με σκλήρυνση κατά πλάκας αναφέρουν στυτική δυσλειτουργία, προβλήματα εκσπερμάτισης και οργασμού ή μειωμένη σεξουαλική ορμή. Τα ζητήματα που απασχολούν πιο συχνά τις γυναίκες περιλαμβάνουν μειωμένη σεξουαλική ορμή, δυσκολία οργασμού, ελαττωμένη αίσθηση αφής στην περιοχή των γεννητικών οργάνων και κολπική ξηρότητα (Guo et al., 2012). Δεδομένα αποδεικνύουν ότι η σεξουαλική δυσλειτουργία είναι συχνότερη στις γυναίκες με πολλαπλή σκλήρυνση και αφορά ποσοστά από 40 έως 80% των ασθενών. Η σεξουαλική δυσλειτουργία συνοδεύεται από σεξουαλική ανικανοποίηση, προβλήματα στις σχέσεις με τους συντρόφους και την αναπαραγωγική υγεία. Επομένως, η σεξουαλική δυσλειτουργία διαταράσσει την ποιότητα ζωής. Τα ζητήματα αυτά μπορεί να είναι πιο σοβαρά στις νεαρές γυναίκες, λόγω της μεγαλύτερης επιθυμίας τους να εκφραστούν σεξουαλικά (Mohammadi et al., 2020). Η σκλήρυνση κατά πλάκας παρουσιάζεται στην πλειοψηφία των περιπτώσεων σε ηλικίες μεταξύ 20 και 40 ετών. Πρόκειται για την περίοδο της ζωής που οι περισσότεροι άνθρωποι είναι σεξουαλικά ενεργοί και πιθανά να σχεδιάζουν να αποκτήσουν οικογένεια. Επομένως, η σεξουαλική δυσλειτουργία επηρεάζει έντονα την ποιότητα ζωής, καθώς παρεμβαίνει στην ικανοποίηση, τη διάθεση, τη σχέση με το σύντροφο και κατ' επέκταση την ποιότητα ζωής του συντρόφου (Nazari et al., 2020).

Η σεξουαλική δυσλειτουργία των γυναικών ως απόρροια της σκλήρυνσης κατά πλάκας μπορεί να διαιρεθεί σε τρία επίπεδα, την πρωτογενή, τη δευτερογενή και την τριτογενή σεξουαλική δυσλειτουργία. Η πρωτογενής μορφή οφείλεται σε νευρολογικές αλλαγές που επηρεάζουν τα σεξουαλικά αισθήματα και τη σεξουαλική απόκριση. Το αποτέλεσμα είναι μείωση της ορμής, της αίσθησης των γεννητικών οργάνων, της κολπικής λίπανσης και του οργασμού. Η δευτερογενής μορφή οφείλεται σε συμπτώματα της νόσου που παρεμβαίνουν στη σεξουαλική λειτουργία. Τέτοια συμπτώματα είναι η κούραση, οι σπασμοί, η δυσλειτουργία του εντέρου και της ουροδόχου κύστης, ο πόνος, το μούδιασμα και οι κινητικές δυσκολίες. Τέλος, η τριτογενής μορφή σχετίζεται με ψυχολογικά συμπτώματα και κοινωνικές αντιλήψεις για την επίδραση της νόσου στη σεξουαλικότητα. Κατάθλιψη, μειωμένη αυτοεκτίμηση, απώλεια διάθεσης, αισθήματα μη ελκυστικότητας, φόβος απόρριψης και ανάγκη εξάρτησης από το σύντροφο επιδρούν αρνητικά στη σεξουαλικότητα μιας γυναίκας με σκλήρυνση κατά πλάκας (Zamani et al., 2017). Από όλα τα παραπάνω συμπεραίνεται ότι η σχέση πολλαπλής σκλήρυνσης και σεξουαλικής δυσλειτουργίας είναι πολύπλοκη και εξαρτάται από διάφορους παράγοντες. Δηλαδή, οι διαταραχές στη σεξουαλική επιθυμία και απόκριση δεν πηγάζουν μόνο από νευρολογικές βλάβες του νωτιαίου μυελού, όπως πιστευόταν. Στην πραγματικότητα, είναι συνδυασμός νευρολογικών αλλαγών, ψυχολογικών παραγόντων, ορμονικών διαταραχών και παρενεργειών των φαρμάκων (Guo et al., 2012).

Η ένταση και η συχνότητα των συμπτωμάτων της σεξουαλικής δυσλειτουργίας αυξάνονται καθώς επιδεινώνεται η νόσος. Αυτή η κατάσταση πιθανολογείται ότι είναι το αποτέλεσμα της φύσης της ασθένειας, αλλά μπορεί να οφείλεται και σε φόβο για το μέλλον ή στην αυξανόμενη εξάρτηση από το σύντροφο (Mohammadi et al., 2020). Λόγω των αναπηριών που προκαλούνται από τη νόσο, υπάρχει ανάγκη για αλλαγή του ρόλου της γυναίκας σε παθητικό κατά τη σεξουαλική επαφή. Οι ερωτικές στάσεις είναι περιορισμένες, δυσκολεύοντας τη σεξουαλική δραστηριότητα. Επίσης, ο χρόνος και ο χώρος πραγματοποίησης της σεξουαλικής επαφής χρειάζονται προσεκτικό προγραμματισμό, ενώ πρέπει να λαμβάνονται υπόψη η κούραση και η αποφυγή ατυχημάτων από

το γαστρεντερικό και το ουροποιητικό σύστημα. Ο συνδυασμός όλων αυτών ελαττώνει τα αισθήματα σεξουαλικής οικειότητας (Bronner et al., 2010).

Παρά τη σημασία της σεξουαλικής υγείας στην ποιότητα ζωής των ασθενών, συχνά υπάρχει δισταγμός συζήτησης του προβλήματος από τους παρόχους υγείας. Η έλλειψη χρόνου στη διάρκεια της ιατρικής εξέτασης, η παρουσία μελών της οικογένειας στο χώρο ή η απροθυμία των ενδιαφερόμενων να ρωτήσουν για το θέμα αποτελούν μερικές από τις αιτίες αποφυγής του προβλήματος (Mohammadi et al., 2020). Ωστόσο, έχει παρατηρηθεί πως η γνωστική συμπεριφορική θεραπεία, η χαλάρωση και η εκπαίδευση των ζευγαριών αποτελούν χρήσιμες τεχνικές βελτίωσης της σεξουαλικότητας των ασθενών και των συντρόφων τους (Zamani et al., 2017).

4. Μεθοδολογία Έρευνας

Πρωτοτυπία της Έρευνας

Από τη βιβλιογραφική ανασκόπηση γίνεται αντιληπτό ότι το πεδίο έρευνας σχετικά με την σεξουαλική ζωή των γυναικών με σκλήρυνση κατά πλάκας χρήζει περαιτέρω διερεύνησης. Ελάχιστες έρευνες υπάρχουν και είναι κυρίως βιβλιογραφικής ανασκόπησης χωρίς να γίνεται κάποια έρευνα πάνω στη διερεύνηση απόψεων των γυναικών με αναπηρία.

Αναγκαιότητα και Σημασία της Έρευνας

Στην εποχή στην οποία ζούμε το γεγονός της ισότητας και των ευκαιριών των ατόμων με αναπηρία με το τυπικό πληθυσμό πρέπει να είναι αδιαπραγμάτευτο. Η σεξουαλική ζωή των ατόμων επηρεάζει πολλούς τομείς της ζωής του ανθρώπου. Στην παρούσα λοιπόν έρευνα γίνεται προσπάθεια να καταγραφούν οι απόψεις γυναικών με αναπηρία λόγω σκλήρυνσης κατά πλάκα, πάνω στη σεξουαλική τους ζωή ώστε να διαπιστωθεί αν υπάρχει σεξουαλική δυσλειτουργία που σχετίζεται με την παρουσία της νόσου.

Σκοπός και Στόχοι της Έρευνας

Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η διερεύνηση της σεξουαλικότητας γυναικών με διάφορες μορφές σωματικής, πνευματικής και αναπτυξιακής αναπηρίας, καθώς και εκείνων που πάσχουν από σκλήρυνση κατά πλάκας. Περιλαμβάνει την ανάδειξη ζητημάτων που απασχολούν τη σεξουαλική ζωή και συμπεριφορά τους, μέσω αναζήτησης στη διεθνή βιβλιογραφία, αλλά και μέσω ποσοτικής έρευνας με τη συμπλήρωση ερωτηματολογίου που απευθύνεται σε γυναίκες με σκλήρυνση κατά πλάκας στον ελλαδικό χώρο. Η αναζήτηση στη βιβλιογραφία αποσκοπεί στη μελέτη των επιθυμιών και των αντιλήψεων αυτής της κατηγορίας γυναικών γύρω από σεξουαλικά ζητήματα, είτε αυτά αφορούν τη σωματική και ψυχική ικανοποίησή τους, είτε την απόκτηση οικογένειας. Τα ερωτήματα που διατυπώνονται στο ερωτηματολόγιο, στόχο έχουν να αποκαλύψουν την επίδραση της σκλήρυνσης κατά πλάκας στη σεξουαλική επιθυμία και

δραστηριότητα. Από τα δεδομένα που συλλέγονται, εξετάζεται αν υπάρχει σεξουαλική δυσλειτουργία που σχετίζεται με την παρουσία της νόσου, με απώτερο σκοπό τη γνωστοποίηση των προβλημάτων για την ανάπτυξη συμβουλευτικής που πιθανά θα βελτιώσει τη σεξουαλική ικανοποίηση αυτής της ομάδας γυναικών. Οι κύριοι στόχοι λοιπόν της έρευνας είναι:

- Καταγραφή απόψεων των γυναικών πάνω στη σεξουαλική τους δραστηριότητα
- Καταγραφή απόψεων των γυναικών πάνω στα συμπτώματα κόπωσης που εμφανίζουν στη καθημερινότητα τους
- Καταγραφή απόψεων των γυναικών πάνω στη σεξουαλική δυσλειτουργία.

Βασικό κριτήριο για την επιλογή του παραπάνω θέματος ήταν το έντονο ερευνητικό ενδιαφέρον αλλά και η έλλειψη παρόμοιων ερευνών πάνω στο συγκεκριμένο θέμα.

Ερευνητικά Ερωτήματα

Τα ερευνητικά ερωτήματα εξειδικεύουν και περιορίζουν τον σκοπό της έρευνας προς μία συγκεκριμένη κατεύθυνση. Βάση λοιπόν της παραπάνω στοχοθεσίας καταγράφηκαν τα επόμενα ερευνητικά ερωτήματα:

- Ποιες οι απόψεις των γυναικών πάνω στη σεξουαλική τους δραστηριότητα;
- Ποιες οι απόψεις των γυναικών πάνω στα συμπτώματα κόπωσης που εμφανίζουν στη καθημερινότητα τους;
- Ποιες οι απόψεις των γυναικών πάνω στη σεξουαλική δυσλειτουργία;
- Η σεξουαλική δυσλειτουργία επηρεάζεται από την ηλικία;
- Η σεξουαλική δυσλειτουργία επηρεάζεται από την εμμηνόπαυση;
- Η σεξουαλική δυσλειτουργία επηρεάζεται από το είδος της φαρμακευτικής αγωγής που λαμβάνουν;

Μεθοδολογική Προσέγγιση

Για την υλοποίηση της παραπάνω έρευνας καθώς και για την επίτευξη των στόχων της έγινε μία βασική πρωτογενής ποσοτική έρευνα. Η συγκεκριμένη επιλογή έγινε γιατί ο σκοπός ήταν να περιγραφούν και να εξηγηθούν απόψεις και αντιλήψεις. Ακόμα με τη χρήση της συγκεκριμένης έρευνας θα μπορούσε να χρησιμοποιηθεί ένας μεγάλος αριθμός δείγματος αυξάνοντας έτσι την αντικειμενικότητα και την αμεροληψία της έρευνας.

Πληθυσμός Αναφοράς και Δείγμα της Έρευνας

Ο πληθυσμός της έρευνας μας είναι οι γυναίκες με αναπηρία λόγω σκλήρυνσης κατά πλάκας. Το δείγμα που χρησιμοποιήθηκε τελικά ήταν 129 γυναίκες. Ακολουθήθηκε η μέθοδος της δειγματοληψίας μη πιθανότητας και συγκεκριμένα της βολικής δειγματοληψίας. Χρησιμοποιήθηκε συγκεκριμένη μέθοδος γιατί υπάρχει την ευκολία το να βρεθεί το δείγμα και λόγω ότι η συγκεκριμένη ερευνητική προσπάθεια είναι μία αρχική πιλοτική έρευνα (Creswell, 2011).

Εργαλείο Συλλογής Δεδομένων

Ως εργαλείο συλλογής δεδομένων χρησιμοποιήθηκε ερωτηματολόγιο. Για την πιο έγκυρη σύνταξη του ερωτηματολογίου χρησιμοποιήθηκαν πληροφορίες από προηγούμενες έρευνες με σχετικό περιεχόμενο έρευνας.

Το πρώτο μέρος του ερωτηματολογίου περιλαμβάνει δημογραφικά στοιχεία και στοιχεία σχετικά με τη νόσο. Στόχος είναι η σκιαγράφηση του προφίλ των γυναικών.

Το δεύτερο μέρος είναι το ερωτηματολόγιο **Female Sexual Function Index (FSFI)** των Rosen και συν (2000). Το FSFI είναι ένα ερωτηματολόγιο αυτοαναφοράς 19 στοιχείων για την αξιολόγηση των βασικών διαστάσεων της γυναικείας σεξουαλικής λειτουργίας, επικυρωμένο και πολιτισμικά προσαρμοσμένο στο τουλάχιστον 15 χώρες (Research Mapi Institute), αναφέρεται στη σεξουαλική λειτουργία των γυναικών και έχει μεταφραστεί και σταθμιστεί στην ελληνική γλώσσα (Zachariou et al, 2017). Ο στόχος του εν λόγω ερωτηματολογίου ήταν να αναπτυχθεί μια σύντομη, έγκυρη και αξιόπιστη αυτοαναφορά μέτρησης της γυναικείας σεξουαλικής λειτουργίας, η οποία θα μπορούσε εύκολα να χορηγηθεί σε γυναίκες σε μεγάλο εύρος ηλικιών, συμπεριλαμβανομένων των γυναικών μετά την εμμηνόπαυση. Το FSFI σχεδιάστηκε ως ένα όργανο αξιολόγησης κλινικών δοκιμών που αντιμετωπίζει την πολυδιάστατη φύση της γυναικείας σεξουαλικής λειτουργίας. Το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο περιλαμβάνει δεκαεννέα ερωτήσεις με κλειστού τύπου απαντήσεις.

Το τρίτο μέρος είναι μετάφραση του ερωτηματολογίου **Fatigue Severity Scale** (Krupp et al, 1989) - **Κλίμακα σοβαρότητας κόπωσης** και αναφέρεται στην κόπωση που σχετίζεται με τη σωματική λειτουργία, την άσκηση και την εργασία και την οικογενειακή ή κοινωνική ζωή. Η κόπωση είναι ένα κοινό σύμπτωμα που αντιμετωπίζουν τα άτομα με ΣΚΠ. Ορισμένες μελέτες δείχνουν ότι η κόπωση επηρεάζει περίπου το 85% του πληθυσμού της ΣΚΠ και σχεδόν το 66% αυτού του πληθυσμού το βιώνει καθημερινά. Η κλίμακα σοβαρότητας κόπωσης (FSS) αναπτύχθηκε από τον Krupp και συν (1989), για να αντιμετωπίσει αυτό το σύμπτωμα της σκλήρυνσης κατά πλάκας. Σχεδίασαν έναν εργαλείο αυτο-αναφοράς με το οποίο οι επαγγελματίες υγείας θα μπορούν να αναγνωρίσουν και να διαγνώσουν τα συμπτώματα της ΣΚΠ που σχετίζονται με την κόπωση.

Το ερωτηματολόγιο αυτο-αναφοράς είναι μια σειρά 9 ερωτήσεων που διαρκεί περίπου 5 λεπτά για να ολοκληρωθεί και να βαθμολογηθεί. Αυτή η σύντομη έρευνα μπορεί να παρέχει πληθώρα κλινικών πληροφοριών σχετικά με τη σοβαρότητα των συμπτωμάτων κόπωσης. Το ερωτηματολόγιο αντιμετωπίζει τα συμπτώματα κόπωσης καθώς σχετίζονται με τη σωματική λειτουργία, την άσκηση και την εργασία και την οικογενειακή ή κοινωνική ζωή. Η βαθμολογία βασίζεται σε κλίμακα που κυμαίνεται από 1 (διαφωνώ απόλυτα με τη δήλωση) έως 7 (συμφωνώ απόλυτα με τη δήλωση). Τα αποτελέσματα είναι εύκολο να βαθμολογηθούν. Η βαθμολογία βασίζεται σε έναν μέσο όρο των απαντήσεων στις ερωτήσεις. Ο τελικός αριθμός μπορεί στη συνέχεια να συγκριθεί με άλλες ασθένειες που σχετίζονται με την κόπωση. Το τελικό σκορ είναι ένας καλός δείκτης για το πώς κάθε άτομο βαθμολογεί το επίπεδο κόπωσης. Αυτές οι πληροφορίες πρέπει να κοινοποιούνται στους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης και φροντίδας, ώστε να μπορούν να γίνουν κατάλληλες παρεμβάσεις.

Το τέταρτο και τελευταίο μέρος είναι μετάφραση του ερωτηματολογίου **Intimacy and Sexuality Questionnaire-19 (MSISQ-19)** (Sanders et al, 2000) και αναφέρεται στη σεξουαλικότητα και στην οικειότητα ατόμων με ΣΚΠ. Η βαθμολογία βασίζεται σε μια κλίμακα που κυμαίνεται από 1 (δεν παρενέβη ποτέ στη σεξουαλική δραστηριότητα ή την ικανοποίησή μου) έως 5 (πάντα παρεμπόδιζε τη σεξουαλική δραστηριότητα ή την ικανοποίησή μου). Τα αποτελέσματα της σκλήρυνσης κατά πλάκας στην οικειότητα και τη σεξουαλική λειτουργία είναι ένα σύνθηρες πρόβλημα. Αυτό το πρόβλημα επηρεάζει σχεδόν το 91% των ανδρών και το 80% των γυναικών που πάσχουν από ΣΚΠ. Εκτός από τα προβλήματα της σεξουαλικής δυσλειτουργίας τείνει να υπάρχει ένα πρόβλημα της ανταλλαγής αυτής της ανησυχίας με τους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης. Για να αντιμετωπίσει αυτό το ευαίσθητο θέμα και να ανοίξει διάλογο μεταξύ ατόμων με προβλήματα σεξουαλικής λειτουργίας και των επαγγελματιών υγείας, οι Sanders και συν, (2000) δημιούργησαν ένα ερωτηματολόγιο αυτο-αναφοράς για τους ασθενείς 19 ερωτημάτων που τα άτομα με σκλήρυνση κατά πλάκας θα μπορούσαν να συμπληρώσουν και στη συνέχεια να φέρουν στον πάροχο υγειονομικής περίθαλψης. Το ερωτηματολόγιο εξετάζει τις πρωτογενείς, δευτερογενείς και τριτογενείς επιδράσεις της ΣΚΠ στη σεξουαλική λειτουργία. Οι κύριες επιδράσεις σχετίζονται με μειωμένη αίσθηση των γεννητικών οργάνων και / ή μειωμένη σεξουαλική ορμή. Τα δευτερεύοντα αποτελέσματα εστιάζουν στην κόπωση, τα προβλήματα της ουροδόχου κύστης και τη σπαστικότητα ή τη μυϊκή δυσλειτουργία. Οι τριτογενείς επιδράσεις σχετίζονται με την ψυχολογική δυσφορία και τη γενική ευεξία, όπως η κατάθλιψη και τα συναισθήματα μιας αρνητικής αυτο-εικόνας. Αυτά τα τρία επίπεδα λειτουργίας μπορούν να έχουν αρνητικό αντίκτυπο στην οικειότητα και τη σεξουαλική λειτουργία.

Η βαθμολογία βασίζεται σε κλίμακα Likert που κυμαίνεται από 1 (δεν παρενέβη ποτέ με τη σεξουαλική δραστηριότητα ή την ικανοποίησή μου) έως 5 (πάντα παρεμποδίστηκε με τη σεξουαλική δραστηριότητα ή την ικανοποίησή μου). Οι ερωτήσεις απαντώνται τοποθετώντας ένα σημάδι επιλογής στο πλαίσιο αριθμών που αντιστοιχεί καλύτερα στην εμπειρία κάθε ατόμου. Οι συντάκτες της έρευνας προτείνουν να συζητηθεί με κάθε πάροχο οποιαδήποτε ερώτηση που έχει σημειωθεί με 4 ή 5. Μέσω του ερωτηματολογίου οι επαγγελματίες υγείας μπορούν να αντιμετωπίσουν μέσω κατάλληλων παρεμβάσεων τη διαχείριση συμπτωμάτων σεξουαλικών λειτουργιών.

Στατιστική Ανάλυση

Για την υλοποίηση της έρευνας χρησιμοποιήθηκε η ποσοτική μέθοδος καθώς μας προσφέρει μετρήσιμα δεδομένα μέσω τυποποιημένων και καθορισμένων διαδικασιών καταλήγοντας έτσι σε αντικειμενικά αποτελέσματα (Creswell, 2011). Με την ανάλυση των δεδομένων μπορούν να βγουν συμπεράσματα για το δείγμα της έρευνας.

Για την καταγραφή των απόψεων χρησιμοποιήθηκαν οι απόλυτες συχνότητες και οι σχετικές συχνότητες %. Για τα δυο τελευταία μέρη του ερωτηματολογίου δημιουργήθηκαν δυο σκορ και χρησιμοποιήθηκαν μέτρα θέσης όπως η μέση τιμή και η τυπική απόκλιση για την επεξήγηση τους.

Για τη συσχέτιση των μεταβλητών δημιουργήθηκαν οι εξής υποθέσεις:

H0: Υπάρχει ομοιογένεια

H1: Δεν υπάρχει ομοιογένεια

και χρησιμοποιήθηκε αρχικά ο έλεγχος κανονικότητας Kolmogorov – Smirnov με επίπεδο σημαντικότητας $\alpha=0,05$. Για τον έλεγχο της ομοιογένειας μεταξύ σεξουαλικής δυσλειτουργίας με ηλικία και είδος φαρμακευτικής αγωγής λόγω έλλειψης κανονικότητας χρησιμοποιήθηκε το μη παραμετρικό τεστ Kruskal – Wallis ενώ με την εμμηνόπαυση το μη παραμετρικό Mann-Whitney με επίπεδο σημαντικότητας $\alpha=0,05$.

Για την ανάλυση των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πακέτο IBM SPSS STATISTICS 22 ένα πρόγραμμα αρκετά διαδεδομένο στην στατιστική ανάλυση.

Εγκυρότητα και Αξιοπιστία της Έρευνας

Ο παράγοντας της εγκυρότητας της έρευνας είναι πολύ σημαντικός για την υλοποίηση της. Αρχικά οι ερωτήσεις προέρχονται από σταθμισμένα ερωτηματολόγια που έχουν χρησιμοποιηθεί ευρέως στη ξενόγλωσση βιβλιογραφία. Η φαινομενική εγκυρότητα λοιπόν εξασφαλίστηκε οπότε επιπροσθέτως μελετήθηκε η εγκυρότητα περιεχομένου και η εννοιολογική οι οποίες επίσης εξασφαλίζονται αφού οι κλίμακες Likert των απαντήσεων δημιουργήθηκαν με τέτοιο τρόπο ώστε να μετρούν το σύνολο των ερωτημάτων για το οποίο έχουν δημιουργηθεί ενώ παράλληλα μετράνε επακριβώς την έννοια την οποία έχουμε ορίσει ότι μετράνε.

Όσο αναφορά την αξιοπιστία των τιμών του εργαλείου χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής άλφα του Cronbach για τον έλεγχο της εσωτερικής συνέπειας. Λόγω της φύσης των απαντήσεων οι οποίες ήταν δομημένες με την μορφή κλιμάκων έγινε πρώτα μετασχηματισμός των μεταβλητών ύστερα πραγματοποιήθηκε το Alpha Cronbach's Test. Για το σύνολο των ερωτήσεων του τρίτου μέρους που αναφέρεται στη κόπωση βρέθηκε $\alpha=0,932$ και του τέταρτου μέρους και αναφέρεται στη σεξουαλική δυσλειτουργία βρέθηκε $\alpha=0,930$. Οπότε το συγκεκριμένο εργαλείο χαρακτηρίζεται από υψηλή αξιοπιστία.

Περιορισμοί της Έρευνας

Κατά τη διάρκεια της υλοποίησης και ερευνητικής προσπάθειας προέκυψαν κάποιοι αναμενόμενοι αλλά και μη αναμενόμενοι περιορισμοί. Αν και υπήρχε μεγάλη συμμετοχή στην έρευνα χρειάστηκε αρκετός χρόνος για τη συμπλήρωση και συλλογή των ερωτηματολογίων. Αυτή η καθυστέρηση ήταν κυρίως το εμπόδιο στην υλοποίηση της έρευνας. Άλλοι λόγοι οι οποίοι δημιούργησαν προβλήματα ήταν:

- Τα ερωτηματολόγια στάλθηκαν κατά τη διάρκεια της καραντίνας εξαιτίας της πανδημίας
- Το ερωτηματολόγιο τελικά αποδείχτηκε ότι ήταν αρκετά μεγάλο και μπορεί να ήταν κουραστική η συμπλήρωσή του
- Πιθανές αδυναμίες πάνω στις ερωτήσεις του ερωτηματολογίου.

5. Ανάλυση

5.1. Δημογραφικά Αποτελέσματα

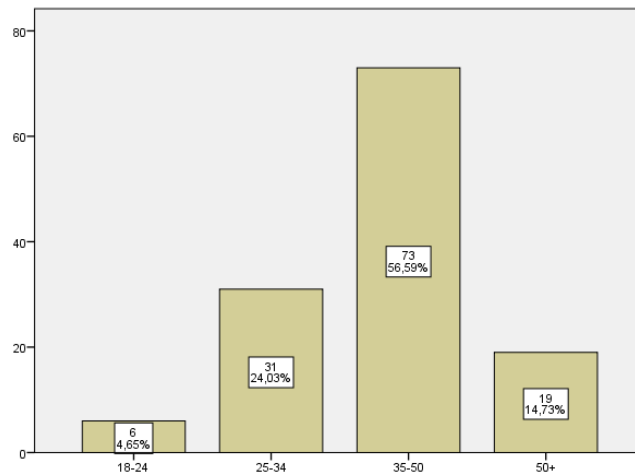
- **Ηλικία**

Η ηλικία των συμμετεχόντων χωρίστηκε σε τέσσερις διαφορετικές κλάσεις. Στην πρώτη κλίμακα περιλαμβάνονται 6 άτομα, ποσοστό 4,7% ηλικίας από 18 έως 24 ετών. Η δεύτερη κλίμακα αποτελείται από 31 συμμετέχοντες, ποσοστό 24% που έχουν ηλικία από 25 έως 34 έτη. Ακόμα στη τρίτη κλάση ανήκουν 73 συμμετέχοντες, ποσοστό 56,6% που έχουν ηλικία από 35 έως 50 έτη. Τέλος 19 συμμετέχοντες, ποσοστό 14,7% που είναι ηλικίας από 50 ετών και άνω ανήκουν στην τέταρτη κλάση (Πίνακας 1 – Διάγραμμα 1).

Πίνακας 1. Κατανομή Συμμετεχόντων Βάσει Ηλικίας

Ηλικία (έτη)	Απόλυτη Συχνότητα	Σχετική Συχνότητα (%)
18-24	6	4,7
25-34	31	24,0
35-50	73	56,6
50+	19	14,7
Σύνολο	129	100,0

Διάγραμμα 1. Ραβδόγραμμα Συμμετεχόντων Βάσει Ηλικίας



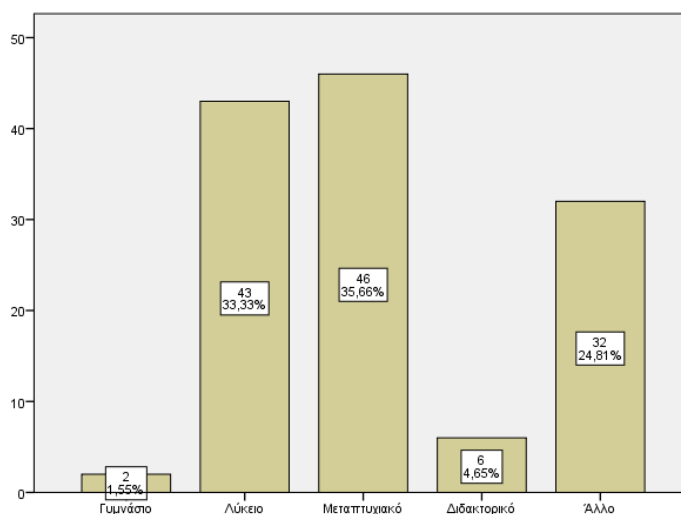
- **Μορφωτικό Επίπεδο**

Όσον αφορά το εκπαιδευτικό προφίλ η πλειοψηφία των ερωτηθέντων το 35,7% είναι μεταπτυχιακού επιπέδου (46 συμμετέχοντες), ακολούθως το 33,3% είναι απόφοιτοι λυκείου (43 συμμετέχοντες), το 24,8% δήλωσε άλλο επίπεδο χωρίς να διευκρινίσουν (32 συμμετέχοντες), 4,7% (6 συμμετέχοντες) είναι κάτοχοι διδακτορικού ενώ μόλις το 1,6% (2 συμμετέχοντες) είναι απόφοιτοι γυμνασίου (Πίνακας 2 – Διάγραμμα 2).

Πίνακας 2. Κατανομή Συμμετεχόντων Βάσει Εκπαίδευσης

Εκπαίδευση	Απόλυτη Συχνότητα	Σχετική Συχνότητα (%)
Γυμνάσιο	2	1,6
Λύκειο	43	33,3
Μεταπτυχιακό	46	35,7
Διδακτορικό	6	4,7
Άλλο	32	24,8
Σύνολο	129	100,0

Διάγραμμα 2. Ραβδόγραμμα Συμμετεχόντων Βάσει Εκπαίδευσης



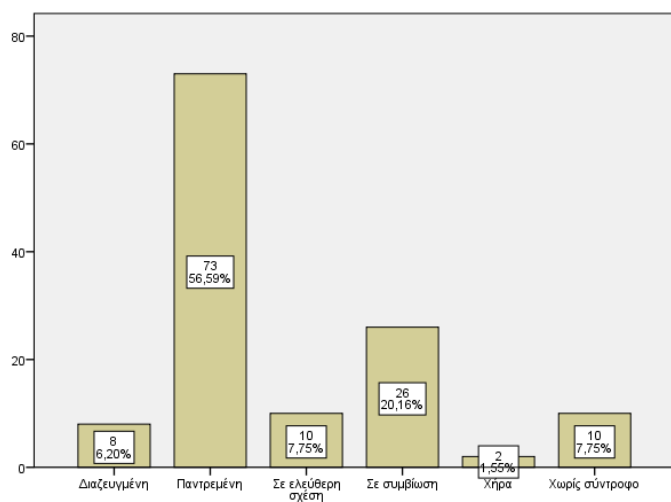
• Οικογενειακή Κατάσταση

Αναφορικά με την οικογενειακή κατάσταση των ερωτηθέντων, η πλειοψηφία αυτών σε ποσοστό 56,6% (73 συμμετέχοντες) είναι παντρεμένοι, ενώ μόλις το 1,6% (2 συμμετέχοντες) δήλωσαν χηρεία. Επιπλέον το 6,2% (8 συμμετέχοντες) δήλωσαν διαζευγμένοι, το 7,8% (10 συμμετέχοντες) δήλωσαν ότι είναι σε ελεύθερη σχέση. Ακόμα το 20,2% (26 συμμετέχοντες) δήλωσαν ότι βρίσκονται σε συμβίωση και το 7,8% (10 συμμετέχοντες) δήλωσαν ότι δεν έχουν σύντροφο (Πίνακας 3 – Διάγραμμα 3).

Πίνακας 3. Κατανομή Συμμετεχόντων Βάσει Οικογενειακής κατάστασης

Οικογενειακή Κατάσταση	Απόλυτη Συχνότητα	Σχετική Συχνότητα (%)
Διαζευγμένη	8	6,2
Παντρεμένη	73	56,6
Σε ελεύθερη σχέση	10	7,8
Σε συμβίωση	26	20,2
Χήρα	2	1,6
Χωρίς σύντροφο	10	7,8
Σύνολο	129	100,0

Διάγραμμα 3. Ραβδόγραμμα Συμμετεχόντων Βάσει Οικογενειακής κατάστασης

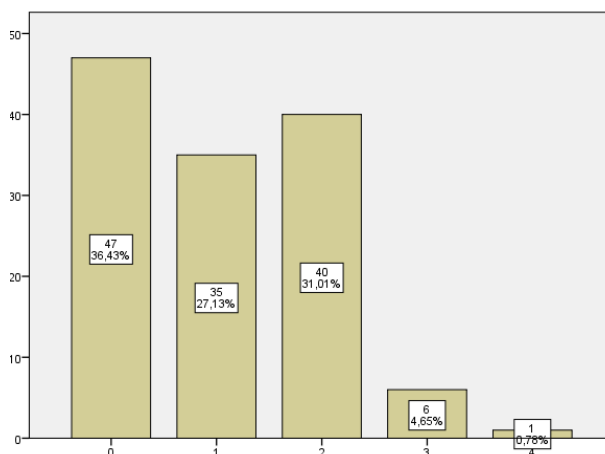


Επιπλέον η πλειοψηφία αυτών σε ποσοστό 36,4% (47 συμμετέχοντες) δήλωσαν ότι δεν έχουν παιδιά, ενώ μόλις το 0,8% (1 συμμετέχοντα) δήλωσαν 4 παιδιά. Επιπλέον το 27,1% (35 συμμετέχοντες) δήλωσαν 1 παιδί, το 31% (40 συμμετέχοντες) δήλωσαν 2 παιδιά, και το 4,7% (6 συμμετέχοντες) δήλωσαν 3 παιδιά (Πίνακας 4 – Διάγραμμα 4).

Πίνακας 4. Κατανομή Συμμετεχόντων Βάσει Αριθμού Παιδιών

Αριθμός Παιδιών	Απόλυτη Συχνότητα	Σχετική Συχνότητα (%)
0	47	36,4
1	35	27,1
2	40	31,0
3	6	4,7
4	1	0,8
Σύνολο	129	100,0

Διάγραμμα 4. Ραβδόγραμμα Συμμετεχόντων Βάσει Αριθμού Παιδιών



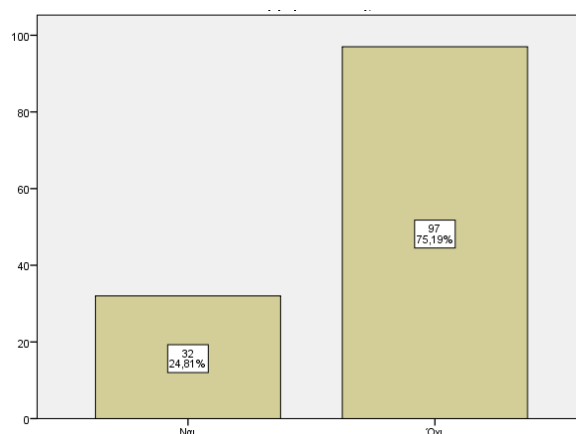
- **Είστε σε εμμηνόπαυση;**

Στην ερώτηση αν είναι σε εμμηνόπαυση η πλειοψηφία των συμμετεχόντων σε ποσοστό 75,2% (97 συμμετέχοντες) δήλωσαν ότι δεν βρίσκονται (Πίνακας 5 – Διάγραμμα 5).

Πίνακας 5. Κατανομή Συμμετεχόντων “Είστε σε εμμηνόπαυση;”

	Απόλυτη Συχνότητα	Σχετική Συχνότητα (%)
Ναι	32	24,8
Όχι	97	75,2
Σύνολο	129	100,0

Διάγραμμα 5. Ραβδόγραμμα Συμμετεχόντων Βάσει “Είστε σε εμμηνόπαυση;”



5.2. Αποτελέσματα Ιατρικού Ιστορικού

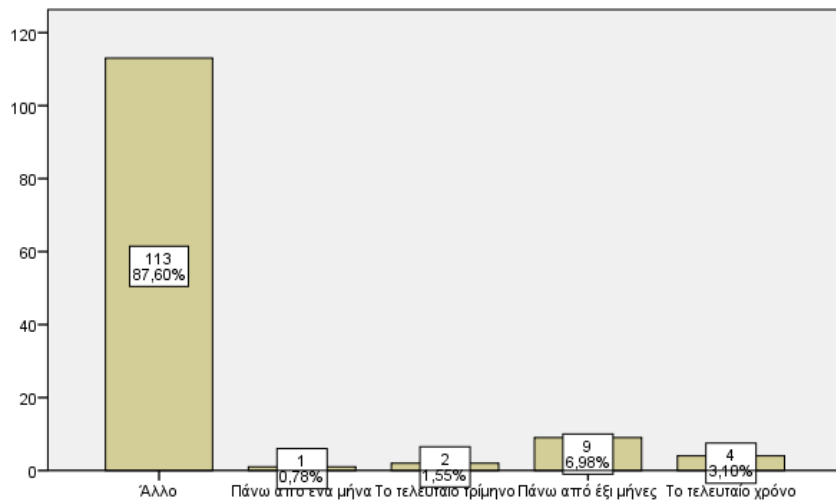
- **Πόσο χρονικό διάστημα έχετε διαγνωστεί με τη νόσο;**

Όσον αφορά πόσο χρονικό διάστημα έχετε διαγνωστεί με τη νόσο η πλειοψηφία των ερωτηθέντων το 87,6% δεν διευκρίνισε (113 συμμετέχοντες), ακολούθως το 0,8% πάνω από ένα μήνα (1 συμμετέχοντας), το 1,6% δήλωσε το τελευταίο τρίμηνο (2 συμμετέχοντες), 7% (9 συμμετέχοντες) πάνω από έξι μήνες ενώ το 3,1% (4 συμμετέχοντες) το τελευταίο χρόνο (Πίνακας 6 – Διάγραμμα 6).

Πίνακας 6. Κατανομή Συμμετεχόντων Βάσει “Πόσο χρονικό διάστημα έχετε διαγνωστεί με τη νόσο;”

	Απόλυτη Συχνότητα	Σχετική Συχνότητα (%)
Πάνω από ένα μήνα	1	0,8
Το τελευταίο τρίμηνο	2	1,6
Πάνω από έξι μήνες	9	7,0
Το τελευταίο χρόνο	4	3,1
Άλλο	113	87,6
Σύνολο	129	100,0

Διάγραμμα 6. Ραβδόγραμμα Συμμετεχόντων Βάσει "Πόσο χρονικό διάστημα έχετε διαγνωστεί με τη νόσο;"



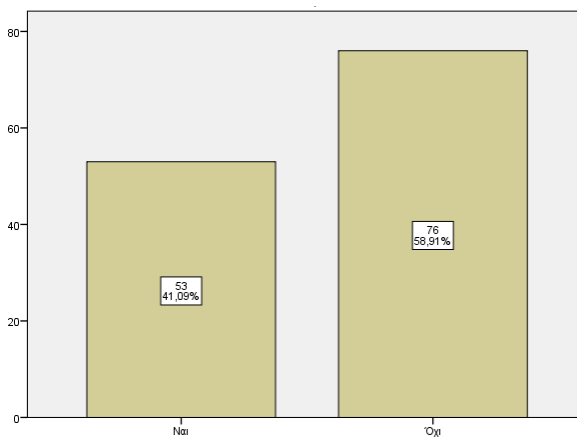
- **Ασκείστε;**

Στην ερώτηση αν ασκείστε η πλειοψηφία των συμμετεχόντων σε ποσοστό 58,9% (76 συμμετέχοντες) δήλωσαν ότι δεν ασκούνται (Πίνακας 7 –Διάγραμμα 7).

Πίνακας 7. Κατανομή Συμμετεχόντων " Ασκείστε;"

	Απόλυτη Συχνότητα	Σχετική Συχνότητα (%)
Ναι	53	41,1
Όχι	76	58,9
Σύνολο	129	100,0

Διάγραμμα 7. Ραβδόγραμμα Συμμετεχόντων Βάσει " Ασκείστε;"



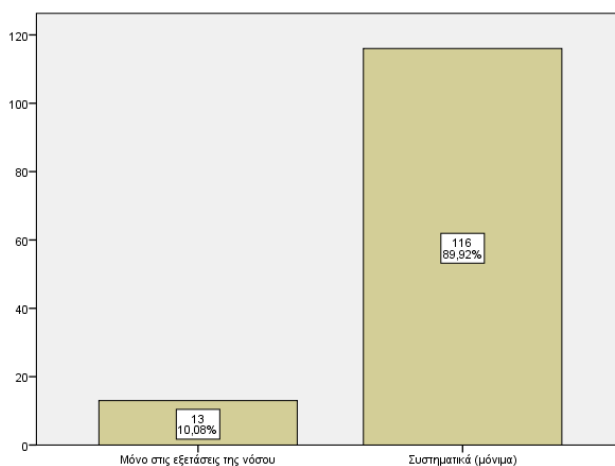
- **Πως παίρνετε τη φαρμακευτική αγωγή για την Σκλήρυνση κατά Πλάκας;**

Αναφορικά με το πως παίρνουν τη φαρμακευτική αγωγή για την Σκλήρυνση κατά Πλάκας, η πλειοψηφία αυτών σε ποσοστό 89,9% (116 συμμετέχοντες) δήλωσε συστηματικά (Πίνακας 8 – Διάγραμμα 8).

Πίνακας 8. Κατανομή Συμμετεχόντων Βάσει "Πως παίρνετε τη φαρμακευτική αγωγή για την Σκλήρυνση κατά Πλάκας;"

	Απόλυτη Συχνότητα	Σχετική Συχνότητα (%)
Μόνο στις εξετάσεις της νόσου	13	10,1
Συστηματικά (μόνιμα)	116	89,9
Σύνολο	129	100,0

Διάγραμμα 8. Ραβδόγραμμα Συμμετεχόντων Βάσει "Πως παίρνετε τη φαρμακευτική αγωγή για την Σκλήρυνση κατά Πλάκας;"



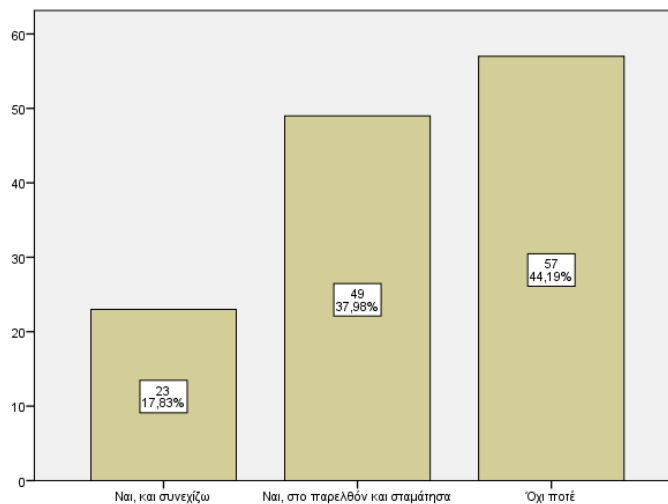
- **Έχετε παρακολουθήσει συνεδρίες σε ψυχολόγο;**

Αναφορικά με το αν έχουν παρακολουθήσει συνεδρίες σε ψυχολόγο, η πλειοψηφία αυτών σε ποσοστό 44,2% (57 συμμετέχοντες) δήλωσε όχι ποτέ. Ακόμα αυτοί που απάντησαν θετικά, το 17,8% (23 συμμετέχοντες) δήλωσαν ότι συνεχίζουν ενώ το 38% (49 συμμετέχοντες) δήλωσαν ότι σταμάτησαν (Πίνακας 9 – Διάγραμμα 9).

Πίνακας 9. Κατανομή Συμμετεχόντων Βάσει "Έχετε παρακολουθήσει συνεδρίες σε ψυχολόγο;"

	Απόλυτη Συχνότητα	Σχετική Συχνότητα (%)
Ναι, και συνεχίζω	23	17,8
Ναι, στο παρελθόν και σταμάτησα	49	38,0
Όχι ποτέ	57	44,2
Σύνολο	129	100,0

Διάγραμμα 9. Ραβδόγραμμα Συμμετεχόντων Βάσει “Έχετε παρακολουθήσει συνεδρίες σε ψυχολόγο;”



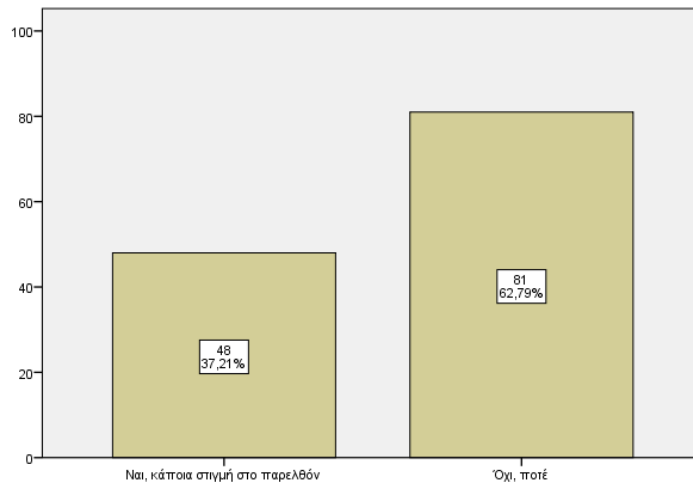
- **Λαμβάνετε κάποια άλλη αγωγή, στο παρελθόν συστηματικά, πέραν της αγωγής για τη Σκλήρυνση κατά πλάκας;**

Αναφορικά με το αν λαμβάνουν κάποια άλλη αγωγή, στο παρελθόν συστηματικά, πέραν της αγωγής για τη Σκλήρυνση κατά πλάκας, η πλειοψηφία αυτών σε ποσοστό 62,8% (81 συμμετέχοντες) δήλωσε όχι ποτέ (Πίνακας 10 – Διάγραμμα 10).

Πίνακας 10. Κατανομή Συμμετεχόντων Βάσει “Λαμβάνετε κάποια άλλη αγωγή, στο παρελθόν συστηματικά, πέραν της αγωγής για τη Σκλήρυνση κατά πλάκας;”

	Απόλυτη Συχνότητα	Σχετική Συχνότητα (%)
Ναι, κάποια στιγμή στο παρελθόν	48	37,2
Όχι, ποτέ	81	62,8
Σύνολο	129	100,0

Διάγραμμα 10. Ραβδόγραμμα Συμμετεχόντων Βάσει “ Λαμβάνετε κάποια άλλη αγωγή, στο παρελθόν συστηματικά, πέραν της αγωγής για τη Σκλήρυνση κατά πλάκας;”



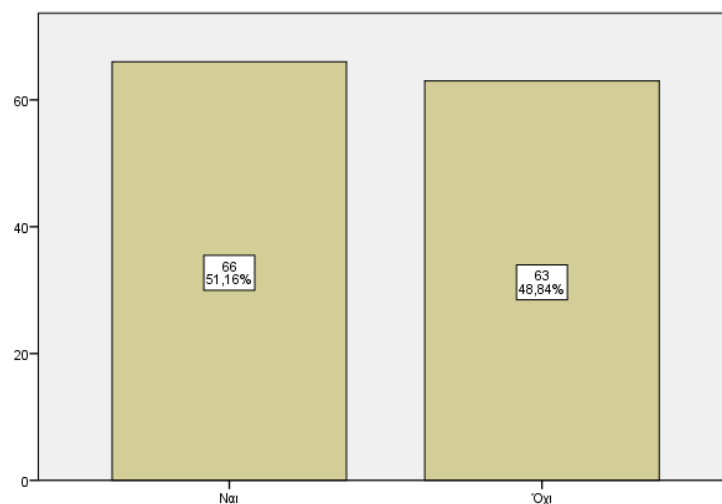
- **Λαμβάνετε κάποια άλλη αγωγή, τώρα συστηματικά, πέραν της αγωγής για τη Σκλήρυνση κατά πλάκας;**

Αναφορικά με το αν λαμβάνουν κάποια άλλη αγωγή, τώρα συστηματικά, πέραν της αγωγής για τη Σκλήρυνση κατά πλάκας, η πλειοψηφία αυτών σε ποσοστό 51,2% (66 συμμετέχοντες) δήλωσε θετικά (Πίνακας 11 – Διάγραμμα 11).

Πίνακας 11. Κατανομή Συμμετεχόντων Βάσει “ Λαμβάνετε κάποια άλλη αγωγή, στο παρελθόν συστηματικά, πέραν της αγωγής για τη Σκλήρυνση κατά πλάκας;”

	Απόλυτη Συχνότητα	Σχετική Συχνότητα (%)
Ναι	66	51,2
Όχι	63	48,8
Σύνολο	129	100,0

Διάγραμμα 11. Ραβδόγραμμα Συμμετεχόντων Βάσει " Λαμβάνετε κάποια άλλη αγωγή, στο παρελθόν συστηματικά, πέραν της αγωγής για τη Σκλήρυνση κατά πλάκας;"

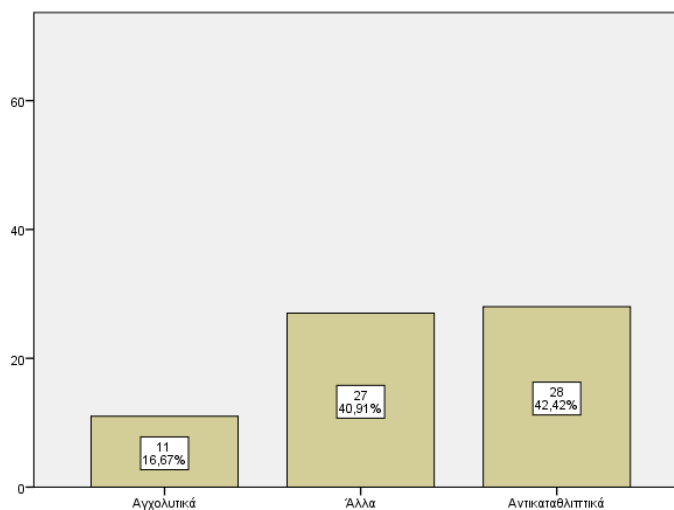


Σχετικά με το τι φάρμακα λαμβάνουν, η πλειοψηφία αυτών που απάντησε ότι παίρνουν σε ποσοστό είναι τα 21,7% (28 συμμετέχοντες) δήλωσε παίρνει αντικαταθλιπτικά, το 20,9% (27 συμμετέχοντες) δεν διευκρίνισαν ενώ τέλος το 8,5% (11 συμμετέχοντες) δήλωσαν ότι παίρνουν αγχολυτικά (Πίνακας 12 – Διάγραμμα 12).

Πίνακας 12. Κατανομή Συμμετεχόντων Βάσει Είδους Φαρμάκων

	Απόλυτη Συχνότητα	Σχετική Συχνότητα (%)
Αγχολυτικά	11	8,5
Άλλα	27	20,9
Αντικαταθλιπτικά	28	21,7
Σύνολο	66	100,0

Διάγραμμα 12. Ραβδόγραμμα Συμμετεχόντων Βάσει Είδους Φαρμάκων



5.3. Αποτελέσματα Σεξουαλικής Λειτουργικότητας

Στη συνέχεια της έρευνας οι συμμετέχοντες κλήθηκαν να απαντήσουν σε ερωτήσεις που σχετίζονται με τη σεξουαλική τους λειτουργικότητα. Στους παρακάτω πίνακες παρατίθενται εκτενώς τα αποτελέσματα των απαντήσεων.

Συνοπτικά αξίζει να σημειωθεί ότι τις τελευταίες 4 εβδομάδες η πλειοψηφία των συμμετεχόντων σε ποσοστό 26,4% (34 συμμετέχοντες) νιώθουν συχνά σεξουαλική επιθυμία (Πίνακας 13), οι περισσότεροι σε ποσοστό 31% (40 συμμετέχοντες) θα χαρακτήριζαν το επίπεδο της σεξουαλικής τους επιθυμίας ως μέτριο (Πίνακας 14). Ακόμα η πλειοψηφία σε ποσοστό 24,8% (32 συμμετέχοντες) απάντησαν σχεδόν πάντα/ πάντα ότι νιώθουν σεξουαλικά διεγερμένες κατά τη διάρκεια της σεξουαλικής δραστηριότητας ή συνουσίας (Πίνακας 15).

Πίνακας 13. Κατανομή Συμμετεχόντων Βάσει πόσο συχνά νιώσατε σεξουαλική επιθυμία ή ενδιαφέρον;

	Απόλυτη Συχνότητα	Σχετική Συχνότητα (%)
Αρκετές φορές	26	20,2
Αρκετές φορές, Λίγες φορές	1	,8
Λίγες φορές	29	22,5
Σχεδόν ποτέ/ποτέ	20	15,5
Σχεδόν συνέχεια /συνέχεια	19	14,7
Τις περισσότερες φορές	34	26,4
Σύνολο	129	100,0

Πίνακας 14. Κατανομή Συμμετεχόντων Βάσει πως θα εκτιμούσατε το επίπεδο της σεξουαλικής σας επιθυμίας ή ενδιαφέροντος;

	Απόλυτη Συχνότητα	Σχετική Συχνότητα (%)
Ανύπαρκτο	16	12,4
Μέτριο	40	31,0
Πολύ υψηλό	10	7,8
Πολύ χαμηλό	14	10,9
Υψηλό	32	24,8
Χαμηλό	17	13,2
Σύνολο	129	100,0

Πίνακας 15. Κατανομή Συμμετεχόντων Βάσει πόσο συχνά νιώσατε σεξουαλικά διεγερμένη κατά τη διάρκεια της σεξουαλικής δραστηριότητας ή συνουσίας

	Απόλυτη Συχνότητα	Σχετική Συχνότητα (%)
Αρκετές φορές	14	10,9
Καμία	18	14,0
Λίγες φορές	27	20,9
Σχεδόν πάντα/πάντα	32	24,8
Σχεδόν ποτέ/ποτέ	11	8,5
Τις περισσότερες φορές	27	20,9
Σύνολο	129	100,0

Επιπλέον τις τελευταίες 4 εβδομάδες η πλειοψηφία των συμμετεχόντων σε ποσοστό 27,1% (35 συμμετέχοντες) εκτιμούν ως μέτριο το επίπεδο της σεξουαλικής διέγερσης κατά τη διάρκεια της σεξουαλικής δραστηριότητας ή συνουσίας (Πίνακας 16), οι περισσότεροι σε ποσοστό 25,6% (33 συμμετέχοντες) είναι μέτρια σίγουροι ότι θα διεγερθούν σεξουαλικά κατά τη διάρκεια σεξουαλικής δραστηριότητας ή συνουσίας (Πίνακας 17). Ακόμα η πλειοψηφία σε ποσοστό 26,4% (34 συμμετέχοντες) απάντησαν σχεδόν πάντα/ πάντα ότι νιώθουν ικανοποιημένοι από τη διέγερση τους κατά τη διάρκεια σεξουαλικής δραστηριότητας ή συνουσίας (Πίνακας 18).

Πίνακας 16. Κατανομή Συμμετεχόντων Βάσει πως θα εκτιμούσατε το επίπεδο της σεξουαλικής διέγερσης σας κατά τη διάρκεια της σεξουαλικής δραστηριότητας ή συνουσίας;

	Απόλυτη Συχνότητα	Σχετική Συχνότητα (%)
Καμία σεξουαλική δραστηριότητα	18	14,0
Μέτριο	35	27,1
Πολύ υψηλό	23	17,8
Πολύ χαμηλό	10	7,8
Υψηλό	28	21,7
Χαμηλό	7	5,4
Χαμηλό/ανύπαρκτο	8	6,2
Σύνολο	129	100,0

Πίνακας 17. Κατανομή Συμμετεχόντων Βάσει πόσο σίγουρη ήσασταν ότι θα διεγερθείτε σεξουαλικά κατά τη διάρκεια σεξουαλικής δραστηριότητας ή συνουσίας;

	Απόλυτη Συχνότητα	Σχετική Συχνότητα (%)
Καμία σεξουαλική δραστηριότητα	21	16,3
Μεγάλη σιγουριά	28	21,7
Μέτρια σιγουριά	33	25,6
Μικρή σιγουριά	15	11,6
Πολύ μεγάλη σιγουριά	22	17,1
Πολύ μικρή ή καμία σιγουριά	10	7,8
Σύνολο	129	100,0

Πίνακας 18. Κατανομή Συμμετεχόντων Βάσει πόσο συχνά νιώσατε ικανοποιημένη από τη διέγερση σας κατά τη διάρκεια σεξουαλικής δραστηριότητας ή συνουσίας;

	Απόλυτη Συχνότητα	Σχετική Συχνότητα (%)
Αρκετές φορές	17	13,2
Καμία σεξουαλική δραστηριότητα	20	15,5
Λίγες φορές	27	20,9
Σχεδόν πάντα/πάντα	34	26,4
Σχεδόν ποτέ ή ποτέ	8	6,2
Τις περισσότερες φορές	23	17,8
Σύνολο	129	100,0

Ακόμα τις τελευταίες 4 εβδομάδες οι περισσότεροι 41,9% (54 συμμετέχοντες) σχεδόν πάντα/πάντα εφυγράνθηκαν κατά τη διάρκεια σεξουαλικής δραστηριότητας ή συνουσίας (Πίνακας 19), η πλειοψηφία των συμμετεχόντων σε ποσοστό 40,3% (52 συμμετέχοντες) θεωρούν καθόλου να εφυγραθούν κατά τη διάρκεια σεξουαλικής δραστηριότητας ή συνουσίας (Πίνακας 20), οι περισσότεροι σε ποσοστό 33,3% (43 συμμετέχοντες) σχεδόν πάντα/ πάντα διατηρούν την εφύγρασή τους μέχρι το τέλος της σεξουαλικής δραστηριότητας ή συνουσίας (Πίνακας 21). Ακόμα η πλειοψηφία σε ποσοστό 40,3% (52 συμμετέχοντες) θεωρούν καθόλου δύσκολο να διατηρήσουν την εφύγραση μέχρι το τέλος της σεξουαλικής δραστηριότητας ή συνουσίας (Πίνακας 22).

Πίνακας 19. Κατανομή Συμμετεχόντων Βάσει πόσο συχνά εφυγρανθήκατε κατά τη διάρκεια σεξουαλικής δραστηριότητας ή συνουσίας

	Απόλυτη Συχνότητα	Σχετική Συχνότητα (%)
Καμία σεξουαλική δραστηριότητα	26	20,2
Λίγες φορές	23	17,8
Σχεδόν ποτέ/ποτέ	1	,8
Σχεδόν πάντα/ πάντα	54	41,9
Τις περισσότερες φορές	4	3,1
Αρκετές φορές	21	16,3
Σύνολο	129	100,0

Πίνακας 20. Κατανομή Συμμετεχόντων Βάσει πόσο δύσκολο ήταν να εφυγρανθείτε κατά τη διάρκεια σεξουαλικής δραστηριότητας ή συνουσίας;

	Απόλυτη Συχνότητα	Σχετική Συχνότητα (%)
Δύσκολο	14	10,9
Εξαιρετικά δύσκολο ή αδύνατο	6	4,7
Καθόλου δύσκολο	52	40,3
Καμία σεξουαλική δραστηριότητα	22	17,1
Λίγο δύσκολο	33	25,6
Πολύ δύσκολο	2	1,6
Σύνολο	129	100,0

Πίνακας 21. Κατανομή Συμμετεχόντων Βάσει πόσο συχνά διατηρήσατε την εφυγρανή σας μέχρι το τέλος της σεξουαλικής δραστηριότητας ή συνουσίας

	Απόλυτη Συχνότητα	Σχετική Συχνότητα (%)
Αρκετές φορές	22	17,1
Καμία σεξουαλική δραστηριότητα	22	17,1
Λίγες φορές	18	14,0
Σχεδόν πάντα ή πάντα	43	33,3
Σχεδόν ποτέ/ποτέ	3	2,3
Τις περισσότερες φορές	21	16,3
Σύνολο	129	100,0

Πίνακας 22. Κατανομή Συμμετεχόντων Βάσει πόσο δύσκολο ήταν να διατηρήσετε την εφύγραυσή σας μέχρι το τέλος της σεξουαλικής δραστηριότητας ή συνουσίας;

	Απόλυτη Συχνότητα	Σχετική Συχνότητα (%)
Δύσκολο	18	14,0
Εξαιρετικά δύσκολο ή αδύνατο	3	2,3
Καθόλου δύσκολο	52	40,3
Καμία σεξουαλική δραστηριότητα	22	17,1
Λίγο δύσκολο	31	24,0
Πολύ δύσκολο	3	2,3
Σύνολο	129	100,0

Ακόμα τις τελευταίες 4 εβδομάδες η πλειοψηφία των συμμετεχόντων σε ποσοστό 25,6% (33 συμμετέχοντες) θεωρούν σχεδόν πάντα/πάντα ότι όταν είχαν σεξουαλικό ερεθισμό ή συνουσία φθάνουν σε οργασμό (Πίνακας 23), οι περισσότεροι σε ποσοστό 24,8% (32 συμμετέχοντες) θεωρούν λίγο δύσκολο όταν είχαν σεξουαλικό ερεθισμό ή συνουσία να φθάσουν σε οργασμό (Πίνακας 24). Ακόμα η πλειοψηφία σε ποσοστό 28,7% (37 συμμετέχοντες) είναι πολύ ικανοποιημένοι με την ικανότητα να φθάσουν σε οργασμό (Πίνακας 25).

Πίνακας 23. Κατανομή Συμμετεχόντων Βάσει όταν είχατε σεξουαλικό ερεθισμό ή συνουσία πόσο συχνά φθάσατε σε οργασμό;

	Απόλυτη Συχνότητα	Σχετική Συχνότητα (%)
Αρκετές φορές	15	11,6
Καμία σεξουαλική δραστηριότητα	21	16,3
Λίγες φορές	27	20,9
Σχεδόν πάντα ή πάντα	33	25,6
Σχεδόν ποτέ/ποτέ	16	12,4
Τις περισσότερες φορές	17	13,2
Σύνολο	129	100,0

Πίνακας 24. Κατανομή Συμμετεχόντων Βάσει όταν είχατε σεξουαλικό ερεθισμό ή συνουσία πόσο δύσκολο ήταν για εσάς να φθάσετε σε οργασμό

	Απόλυτη Συχνότητα	Σχετική Συχνότητα (%)
Δύσκολο	20	15,5
Εξαιρετικά δύσκολο ή αδύνατο	12	9,3
Καθόλου δύσκολο	30	23,3
Καμία σεξουαλική δραστηριότητα	23	17,8
Λίγο δύσκολο	32	24,8
Πολύ δύσκολο	12	9,3
Σύνολο	129	100,0

Πίνακας 25. Κατανομή Συμμετεχόντων Βάσει πόσο ικανοποιημένη ήσαστε με την ικανότητα σας να φθάσετε σε οργασμό;

	Απόλυτη Συχνότητα	Σχετική Συχνότητα (%)
Καμία σεξουαλική δραστηριότητα	29	22,5
Μέτρια ικανοποιημένη	30	23,3
Μέτρια δυσαρεστημένη	14	10,9
Πολύ δυσαρεστημένη	7	5,4
Πολύ ικανοποιημένη	37	28,7
Σχεδόν το ίδιο ικανοποιημένη και δυσαρεστημένη	12	9,3
Σύνολο	129	100,0

Ακόμα τις τελευταίες 4 εβδομάδες η πλειοψηφία των συμμετεχόντων σε ποσοστό 41,9% (54 συμμετέχοντες) είναι πολύ ικανοποιημένοι με τη συναισθηματική εγγύτητα κατά τη σεξουαλική δραστηριότητα μεταξύ τους και του συντρόφου τους (Πίνακας 26), οι περισσότεροι σε ποσοστό 29,5% (38 συμμετέχοντες) είναι πολύ ικανοποιημένοι με τη σεξουαλική τους ζωή με το σύντροφο τους (Πίνακας 27). Ακόμα η πλειοψηφία σε ποσοστό 28,7% (37 συμμετέχοντες) είναι πολύ ικανοποιημένοι με τη σεξουαλική τους ζωή γενικά (Πίνακας 28).

Πίνακας 26. Κατανομή Συμμετεχόντων Βάσει πόσο ικανοποιημένη είσατε με τη συναισθηματική εγγύτητα κατά τη σεξουαλική δραστηριότητα μεταξύ εσάς και του συντρόφου σας

	Απόλυτη Συχνότητα	Σχετική Συχνότητα (%)
Καμία σεξουαλική δραστηριότητα	25	19,4
Μέτρια δυσαρεστημένη	4	3,1
Μέτρια ικανοποιημένη	30	23,3
Πολύ δυσαρεστημένη	4	3,1
Πολύ ικανοποιημένη	54	41,9
Σχεδόν το ίδιο ικανοποιημένη και δυσαρεστημένη	12	9,3
Σύνολο	129	100,0

Πίνακας 27. Κατανομή Συμμετεχόντων Βάσει πόσο ικανοποιημένη είσατε συνολικά με τη σεξουαλική σας σχέση με το σύντροφο σας

	Απόλυτη Συχνότητα	Σχετική Συχνότητα (%)
Καμία σεξουαλική δραστηριότητα	23	17,8
Μέτρια δυσαρεστημένη	13	10,1
Μέτρια ικανοποιημένη	31	24,0
Πολύ δυσαρεστημένη	10	7,8
Πολύ ικανοποιημένη	38	29,5
Σχεδόν το ίδιο ικανοποιημένη και δυσαρεστημένη	14	10,9
Σύνολο	129	100,0

Πίνακας 28. Κατανομή Συμμετεχόντων Βάσει πόσο ικανοποιημένη είσατε συνολικά με τη σεξουαλική σας ζωή

	Απόλυτη Συχνότητα	Σχετική Συχνότητα (%)
Καμία σεξουαλική δραστηριότητα	23	17,8
Μέτρια δυσαρεστημένη	13	10,1
Μέτρια ικανοποιημένη	31	24,0

Πολύ δυσαρεστημένη	10	7,8
Πολύ ικανοποιημένη	38	29,5
Σχεδόν το ίδιο ικανοποιημένη και δυσαρεστημένη	14	10,9
Σύνολο	129	100,0

Τέλος τις τελευταίες 4 εβδομάδες η πλειοψηφία των συμμετεχόντων σε ποσοστό 43,4% (56 συμμετέχοντες) σχεδόν ποτέ/ποτέ νιώθουν ενόχληση ή πόνο κατά τη διάρκεια της κολλικής διείδυσης (Πίνακας 29), οι περισσότεροι σε ποσοστό 44,2% (57 συμμετέχοντες) σχεδόν ποτέ/ποτέ νιώθουν ενόχληση ή πόνο μετά τη κολλική διείδυση (Πίνακας 30). Ακόμα η πλειοψηφία σε ποσοστό 44,2% (57 συμμετέχοντες) θεωρούν χαμηλό ή ανύπαρκτο το επίπεδο ενόχλησης ή πόνου κατά τη διάρκεια ή μετά την κολλική διείδυση (Πίνακας 31).

Πίνακας 29. Κατανομή Συμμετεχόντων Βάσει πόσο συχνά νιώσατε ενόχληση ή πόνο κατά τη διάρκεια της κολλικής διείδυσης

	Απόλυτη Συχνότητα	Σχετική Συχνότητα (%)
Αρκετές φορές	12	9,3
Καμία σεξουαλική δραστηριότητα	26	20,2
Λίγες φορές	28	21,7
Σχεδόν πάντα	7	5,4
Σχεδόν ποτέ/ποτέ	56	43,4
Σύνολο	129	100,0

Πίνακας 30. Κατανομή Συμμετεχόντων Βάσει πόσο συχνά νιώσατε ενόχληση ή πόνο μετά τη κολλική διείδυση;

	Απόλυτη Συχνότητα	Σχετική Συχνότητα (%)
Αρκετές φορές	10	7,8
Καμία σεξουαλική δραστηριότητα	26	20,2
Λίγες φορές	27	20,9
Σχεδόν πάντα	3	2,3
Σχεδόν ποτέ/ποτέ	57	44,2
Τις περισσότερες φορές	6	4,7
Σύνολο	129	100,0

Πίνακας 31. Κατανομή Συμμετεχόντων Βάσει πως θα εκτιμούσατε το επίπεδο ενόχλησης ή πόνου κατά τη διάρκεια ή μετά την κολπική διεϊσδυση

	Απόλυτη Συχνότητα	Σχετική Συχνότητα (%)
Καμία σεξουαλική δραστηριότητα	28	21,7
Μέτριο	19	14,7
Πολύ υψηλό	1	,8
Πολύ χαμηλό ή ανύπαρκτο	57	44,2
Υψηλό	7	5,4
Χαμηλό	17	13,2
Σύνολο	129	100,0

5.4. Αποτελέσματα Κόπωσης

Στη συνέχεια της έρευνας οι συμμετέχοντες κλήθηκαν να απαντήσουν σε ερωτήσεις που σχετίζονται με τη κόπωση. Στον παρακάτω πίνακα παρατίθενται εκτενώς τα αποτελέσματα των απαντήσεων.

Συνοπτικά οι συμμετέχοντες τείνουν να συμφωνούν με όλες τις ερωτήσεις που σχετίζονται με τη κόπωση (Πίνακας 32 – 40). Ακόμα η μέση τιμή για τη κλίμακα βρέθηκε 5,02 με τυπική απόκλιση 1,34 που φανερώνει συμφωνία σχετικά με τη κόπωση που αισθάνονται οι συμμετέχοντες.

Πίνακας 32. Κατανομή Συμμετεχόντων Βάσει Η κινητοποίησή μου είναι χαμηλή όταν βιώνω κόπωση

	Απόλυτη Συχνότητα	Σχετική Συχνότητα (%)
Διαφωνώ	2	1,6
Διαφωνώ απόλυτα	7	5,4
Διαφωνώ κάπως	12	9,3
Ουδέτερος	5	3,9
Συμφωνώ	50	38,8
Συμφωνώ απόλυτα	35	27,1
Συμφωνώ κάπως	18	14,0
Σύνολο	129	100,0

Πίνακας 33. Κατανομή Συμμετεχόντων Βάσει Η άσκηση επιδεινώνει την κόπωσή μου

	Απόλυτη Συχνότητα	Σχετική Συχνότητα (%)
Διαφωνώ	22	17,1
Διαφωνώ απόλυτα	15	11,6
Διαφωνώ κάπως	9	7,0
Ουδέτερος	15	11,6
Συμφωνώ	33	25,6
Συμφωνώ απόλυτα	21	16,3
Συμφωνώ κάπως	14	10,9
Σύνολο	129	100,0

Πίνακας 34. Κατανομή Συμμετεχόντων Βάσει Κουράζομαι εύκολα

	Απόλυτη Συχνότητα	Σχετική Συχνότητα (%)
Διαφωνώ	6	4,7
Διαφωνώ απόλυτα	5	3,9
Διαφωνώ κάπως	6	4,7
Ουδέτερος	7	5,4
Συμφωνώ	51	39,5
Συμφωνώ απόλυτα	39	30,2
Συμφωνώ κάπως	15	11,6
Σύνολο	129	100,0

Πίνακας 35. Κατανομή Συμμετεχόντων Βάσει Η κόπωση επηρεάζει τη φυσική μου λειτουργία

	Απόλυτη Συχνότητα	Σχετική Συχνότητα (%)
Διαφωνώ	3	2,3
Διαφωνώ απόλυτα	5	3,9
Διαφωνώ κάπως	8	6,2
Ουδέτερος	8	6,2
Συμφωνώ	53	41,1
Συμφωνώ απόλυτα	40	31,0
Συμφωνώ κάπως	12	9,3
Σύνολο	129	100,0

Πίνακας 36. Κατανομή Συμμετεχόντων Βάσει Η κόπωση μου προκαλεί συχνά προβλήματα

	Απόλυτη Συχνότητα	Σχετική Συχνότητα (%)
Διαφωνώ	6	4,7
Διαφωνώ απόλυτα	5	3,9
Διαφωνώ κάπως	7	5,4
Ουδέτερος	18	14,0
Συμφωνώ	40	31,0
Συμφωνώ απόλυτα	33	25,6
Συμφωνώ κάπως	20	15,5
Σύνολο	129	100,0

Πίνακας 37. Κατανομή Συμμετεχόντων Βάσει Η κόπωση με παρεμποδίζει ώστε να έχω καλή φυσική λειτουργία

	Απόλυτη Συχνότητα	Σχετική Συχνότητα (%)
Διαφωνώ	4	3,1
Διαφωνώ απόλυτα	6	4,7
Διαφωνώ κάπως	8	6,2
Ουδέτερος	16	12,4
Συμφωνώ	38	29,5
Συμφωνώ απόλυτα	34	26,4
Συμφωνώ κάπως	23	17,8
Σύνολο	129	100,0

Πίνακας 38. Κατανομή Συμμετεχόντων Βάσει Η κόπωση παρεμποδίζει την εκτέλεση των υποχρεώσεων και των ευθυνών μου

	Απόλυτη Συχνότητα	Σχετική Συχνότητα (%)
Διαφωνώ	11	8,5
Διαφωνώ απόλυτα	8	6,2
Διαφωνώ κάπως	10	7,8
Ουδέτερος	12	9,3
Συμφωνώ	39	30,2
Συμφωνώ απόλυτα	29	22,5
Συμφωνώ κάπως	20	15,5
Σύνολο	129	100,0

Πίνακας 39. Κατανομή Συμμετεχόντων Βάσει Η κόπωση είναι ένα από τα τρία συμπτώματα που έχω που με παρεμποδίζει να λειτουργήσω αποτελεσματικά

	Απόλυτη Συχνότητα	Σχετική Συχνότητα (%)
Διαφωνώ	9	7,0
Διαφωνώ απόλυτα	5	3,9
Διαφωνώ κάπως	13	10,1
Ουδέτερος	10	7,8
Συμφωνώ	39	30,2
Συμφωνώ απόλυτα	37	28,7
Συμφωνώ κάπως	16	12,4
Σύνολο	129	100,0

Πίνακας 40. Κατανομή Συμμετεχόντων Βάσει Η κόπωση δυσκολεύεις τις την εργασιακή, τη κοινωνική και την οικογενειακή μου ζωή

	Απόλυτη Συχνότητα	Σχετική Συχνότητα (%)
Διαφωνώ	10	7,8
Διαφωνώ απόλυτα	4	3,1
Διαφωνώ κάπως	8	6,2
Ουδέτερος	15	11,6
Συμφωνώ	42	32,6
Συμφωνώ απόλυτα	33	25,6
Συμφωνώ κάπως	17	13,2
Σύνολο	129	100,0

5.5. Αποτελέσματα Σεξουαλικής Δυσλειτουργίας

Στη συνέχεια της έρευνας οι συμμετέχοντες κλήθηκαν να απαντήσουν σε ερωτήσεις που σχετίζονται με τη σεξουαλική δυσλειτουργία.

Η μέση τιμή στις απαντήσεις των συμμετεχόντων δείχνουν ότι σπάνια παρενέβη στη σεξουαλική δραστηριότητα ή την ικανοποίησή τους σχετικά με Σύσφιξη μυών και σπασμούς στα χέρια, στα πόδια και στο σώμα, Συμπτώματα στην ουροδόχο κύστη, Συμπτώματα στο έντερο, Αισθήματα εξάρτησης λόγω της ΣΚΠ, Τρέμουλο χεριών και σώματος, Πόνος, κάψιμο, δυσφορία σώματος, Αίσθημα ότι το σώμα μου δεν είναι ελκυστικό, Δυσκολίες στην επιτέλεση κινήσεων σώματος που επιθυμώ κατά τη διάρκεια της σεξουαλικής δραστηριότητας, Αισθήματα χαμηλής θηλυκότητας ή αρρενωπότητας λόγω της ΣΚΠ, Προβλήματα με τη συγκέντρωση, τη μνήμη και

τη σκέψη, Επιδείνωση των συμπτωμάτων της ΣΚΠ, Μούδιασμα γεννητικών οργάνων, Φόβος σεξουαλικής απόρριψης λόγω της ΣΚΠ, Ανησυχία για τη σεξουαλική ικανοποίηση του συντρόφου μου, Αίσθημα χαμηλής αυτοπεποίθησης για τη σεξουαλικότητά μου λόγω της ΣΚΠ και Έλλειψη κοιλιακής υγρασίας (γυναίκες)/δυσκολία ευχαρίστησης από τη στύση (άντρες) αφού η μέση τιμή πλησιάζει το 2. Ακόμα οι συμμετέχοντες δήλωσαν ότι συχνά παρενέβη στη σεξουαλική δραστηριότητα ή την ικανοποίησή μου σχετικά με Έλλειψη σεξουαλικού ενδιαφέροντος ή επιθυμίας, Λιγότερο έντονοι ή ευχάριστοι οργασμοί και Καθυστέρηση σεξουαλικής κορύφωσης αφού η μέση τιμή πλησιάζει το 3 (Πίνακας 41).

Πίνακας 41. Κατανομή Συμμετεχόντων Βάσει Δυσλειτουργίας

Κατά την διάρκεια των τελευταίων έξι μηνών, τα παρακάτω συμπτώματα παρεμπόδισαν τη σεξουαλική δραστηριότητα και ικανοποίηση	Μέση Τιμή	Τυπική Απόκλιση
Σύσφιξη μυών και σπασμούς στα χέρια, στα πόδια και στο σώμα	1,81	1,105
Συμπτώματα στην ουροδόχο κύστη	1,99	1,215
Συμπτώματα στο έντερο	1,79	1,102
Αισθήματα εξάρτησης λόγω της ΣΚΠ	1,80	1,085
Τρέμουλο χεριών και σώματος	1,74	1,057
Πόνος, κάψιμο, δυσφορία σώματος	2,05	1,224
Αίσθημα ότι το σώμα μου δεν είναι ελκυστικό	2,31	1,298
Δυσκολίες στην επιτέλεση κινήσεων σώματος που επιθυμώ κατά τη διάρκεια της σεξουαλικής δραστηριότητας	2,36	1,262
Αισθήματα χαμηλής θηλυκότητας ή αρρενωπότητας λόγω της ΣΚΠ	2,09	1,182
Προβλήματα με τη συγκέντρωση, τη μνήμη και τη σκέψη	2,16	1,230
Επιδείνωση των συμπτωμάτων της ΣΚΠ	1,90	1,165
Μούδιασμα γεννητικών οργάνων	1,88	1,197
Φόβος σεξουαλικής απόρριψης λόγω της ΣΚΠ	2,14	1,374
Ανησυχία για τη σεξουαλική ικανοποίηση του συντρόφου μου	2,19	1,293
Αίσθημα χαμηλής αυτοπεποίθησης για τη σεξουαλικότητά μου λόγω της ΣΚΠ	2,22	1,358
Έλλειψη σεξουαλικού ενδιαφέροντος ή επιθυμίας	2,60	1,406

Λιγότερο έντονοι ή ευχάριστοι οργανισμοί	2,57	1,379
Καθυστέρηση σεξουαλικής κορύφωσης	2,70	1,406
Έλλειψη κοιλιακής υγρασίας (γυναίκες)/δυσκολία ευχαρίστησης από τη στύση (άντρες)	2,23	1,278

Ακόμα δημιουργήθηκε ένα σκορ για τη δυσλειτουργία. Το σκορ έχει μέση τιμή 1,99 και τυπική απόκλιση 0,782 που φανερώνει ότι οι συμμετέχοντες θεωρούν ότι σπάνια παρενέβη στη σεξουαλική δραστηριότητα ή την ικανοποίησή τους κάποια συγκεκριμένη δυσλειτουργία (Πίνακας 42)

Πίνακας 42. Μέτρα Θέσης Σκορ Δυσλειτουργίας

Μέση τιμή	1,99
Τυπική Απόκλιση	,782

Σε συνέχεια της ανάλυσης έγινε ανάλυση για συσχέτιση του σκορ δυσλειτουργίας με την ηλικία, με την εμμηνόπαυση και το είδος φαρμακευτικής αγωγής που λαμβάνουν οι συμμετέχοντες.

Αρχικά η ανάλυση κανονικότητας έδειξε ότι δεν ακολουθείται για καμία από τις μεταβλητές συσχέτισης. Για τον έλεγχο ύπαρξης ή όχι συσχέτισης χρησιμοποιήθηκαν μη παραμετρικά τεστ. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα παρατηρήθηκε ομοιογένεια στις απαντήσεις για σχετικά με την ηλικία ($p=0,558>0,05$) την εμμηνόπαυση ($p=0,118>0,05$) και το είδος της φαρμακευτικής αγωγής ($p=0,090>0,05$) (Πίνακας 43).

Πίνακας 43. Μη Παραμετρικός Έλεγχος Ομοιογένειας

	Asymp. Sig. (2-sided)
Kruskal Wallis (ηλικία)	0,558
Kruskal Wallis (είδος φαρμακευτικής αγωγής)	0,090
Mann Whitney (εμμηνόπαυση)	0,118

Συζήτηση

Από τη σύνοψη των δημογραφικών αποτελεσμάτων της στατιστικής ανάλυσης προκύπτει ότι η πλειοψηφία των ερωτηθέντων αντιστοιχούν σε ηλικία μεταξύ 35 και 50 ετών, ενώ επίσης

προσδιορίζεται παρουσία ανώτατης εκπαίδευσης, καθώς μόνο 34,9% των γυναικών απάντησαν ότι είναι απόφοιτες γυμνασίου ή λυκείου. Όσον αφορά την οικογενειακή κατάσταση, υψηλά ποσοστά παρατηρούνται στην ύπαρξη συντρόφου στη ζωή των γυναικών, είτε μέσω γάμου είτε άλλων μορφών, ενώ μόνο το 7,8% των ερωτηθέντων δεν έχουν σύντροφο. Η πλειοψηφία έχει 1 ή περισσότερα παιδιά, αν και το ποσοστό αυτών που δεν έχουν είναι υψηλό (36,4%). Αυτό βέβαια δικαιολογείται, μιας και τα ποσοστά των γυναικών που δεν είναι παντρεμένες ή είναι μικρότερες των 34 ετών είναι υψηλά. Επίσης, τα ποσοστά των γυναικών που βρίσκονται σε εμμηνόπαυση (24,8%) συμβαδίζουν με αυτά των ηλικιών, καθώς μόλις το 14,7% είναι άνω των 50 ετών.

Μελετώντας τα αποτελέσματα που συλλέχθηκαν για το ιατρικό ιστορικό των γυναικών, προκύπτει ότι είναι μικρά τα ποσοστά των γυναικών που διαγνώστηκαν με σκλήρυνση κατά πλάκας τους τελευταίους μήνες ή χρόνο, καθώς το 87,6% απάντησε άλλο χρονικό διάστημα. Η παλαιότερη διάγνωση και τα υψηλά ποσοστά ενδιάμεσων ηλικιών συμβαδίζουν με τα δεδομένα της βιβλιογραφίας που αναφέρουν πως η σκλήρυνση κατά πλάκας εμφανίζεται συνήθως την 3^η ή 4^η δεκαετία της ζωής. Αυτό το δεδομένο θα βοηθήσει στην αξιολόγηση και των επόμενων αποτελεσμάτων για τη σεξουαλική λειτουργικότητα, καθώς η παρουσία νόσου για μεγαλύτερο διάστημα ίσως έχει επιπτώσεις στη λειτουργικότητα. Ακόμα, φαίνεται πως οι ασθενείς παρουσιάζουν συμμόρφωση στη φαρμακευτική αγωγή, αφού λαμβάνουν συστηματικά τη θεραπεία τους. Σημαντική ένδειξη αποτελεί το ποσοστό 41,1% των ερωτηθέντων που ασκούνται, μιας και η γυμναστική αποτελεί παράγοντα βελτίωσης σωματικής και ψυχικής υγείας. Η αξία της ψυχικής υγείας, αλλά και η επίδραση της νόσου σε αυτήν φαίνεται και από το 55,8% των ασθενών που πραγματοποιούσαν συνεδρίες με ψυχολόγο στο παρελθόν ή και στο παρόν, χωρίς βέβαια να διευκρινίζεται αν αυτό σχετίζεται με τη διάγνωση της νόσου. Αξίζει, όμως να σημειωθεί πως από το 51,8% όσων λαμβάνουν άλλη φαρμακευτική αγωγή, το 30,2% αφορά κατάθλιψη και άγχος, γεγονός που συμβαδίζει με τα υψηλά ποσοστά ψυχολογικών ζητημάτων που αντιμετωπίζουν οι ασθενείς, σύμφωνα με τη βιβλιογραφία.

Μεγάλο ποσοστό των ερωτηθέντων (38%) παρουσιάζει λίγες φορές ή και ποτέ σεξουαλική επιθυμία. Παρόμοια αποτελέσματα συλλέγονται και για το επίπεδο της επιθυμίας που κατά 36,5% είναι από χαμηλό έως ανύπαρκτο. Αντίστοιχα, 33,4% παρουσιάζει λίγες φορές έως καθόλου σεξουαλική διέγερση κατά τη συνουσία. Το 32,6% δεν πραγματοποιεί καμία σεξουαλική δραστηριότητα ή δεν είναι ικανοποιημένο από τη συνουσία. Το 36,8% δεν είναι ικανοποιημένο από την εφύγραση, ενώ επίσης επισημαίνεται δυσκολία διατήρησης της εφύγρασης μέχρι το τέλος της συνουσίας. Ακόμα, συχνή δυσκολία (49,6%) παρουσιάζεται στην ανάπτυξη οργασμού και στο 14,7% των γυναικών προκαλείται πόνος κατά την κολπική διείσδυση αρκετές φορές έως σχεδόν πάντα. Παρά τις δυσκολίες κατά τη σεξουαλική δραστηριότητα, αξιοσημείωτη είναι η απουσία δυσαρέσκειας όσον αφορά τη συναισθηματική εγγύτητα των γυναικών αυτών με τους συντρόφους τους, καθώς μόνο το 6,2% είναι δυσαρεστημένες. Αυτά τα αποτελέσματα παρουσιάζουν αξιοσημείωτη ομοιότητα με μια πρόσφατη έρευνα που έδωσε τα εξής ποσοστά. Το 38,7% των γυναικών παρουσίαζαν μειωμένη σεξουαλική επιθυμία και σεξουαλική διέγερση, το 34,7% ήταν δυσαρεστημένες με την εφύγρασή τους, το 37,3% δε μπορούσαν να έρθουν σε οργασμό και το 17,3% παρουσίαζε πόνο κατά την κολπική διείσδυση (Nazari et al., 2020). Τα αυξημένα ποσοστά προβλημάτων στη σεξουαλική λειτουργικότητα θα μπορούσαν να ερμηνευθούν ως απόρροια της μεγαλύτερης ηλικίας των περισσότερων συμμετεχόντων, καθώς με

την πάροδο της ηλικίας επιβαρύνεται η υγεία λόγω της νόσου ή και η επιθυμία για σεξουαλική δραστηριότητα ανεξάρτητα από τη νόσο. Για παράδειγμα, σύμφωνα με τους Kołtuniuk et al., 2020, καθώς αυξάνεται η ηλικία, μειώνεται η απόδοση στη σεξουαλική ορμή και τον οργανισμό, ενώ επίσης οι ανύπαντρες γυναίκες εμφανίζουν καλύτερη απόδοση από τις παντρεμένες. Παρόλα αυτά η μη παραμετρική ανάλυση απέδειξε απουσία συσχέτισης μεταξύ της ηλικίας και της εμμηνόπαυσης με τη σεξουαλική δυσλειτουργία.

Σημαντικό σύμπτωμα της καθημερινότητας των γυναικών με σκλήρυνση κατά πλάκας φαίνεται πως αποτελεί η κόπωση, καθώς το 69,7% των ερωτηθέντων δηλώνει ότι αυτή επηρεάζει την εργασιακή, κοινωνική και οικογενειακή ζωή. Επομένως, η ελάττωση του σεξουαλικού ενδιαφέροντος που παρατηρήθηκε, θα μπορούσε επίσης να αποδοθεί στην κόπωση. Μάλιστα, δεδομένα της βιβλιογραφίας υποστηρίζουν πως ο συνδυασμός κούρασης, κατάθλιψης και φυσικών περιορισμών λόγω της νόσου επιβαρύνουν τη σεξουαλική λειτουργικότητα και ικανοποίηση (Mohammadi et al., 2020). Παρά τα δεδομένα που υπάρχουν στη βιβλιογραφία για υψηλά ποσοστά σεξουαλικής δυσλειτουργίας, η στατιστική ανάλυση απέδειξε ότι συμπτώματα, όπως η σύσφιξη μυών, το τρέμουλο, το μούδιασμα των γεννητικών οργάνων ή προβλήματα με το έντερο ή την ουροδόχο κύστη σπάνια παρεμβαίνουν στη σεξουαλική ζωή των γυναικών. Αντίθετα, τα ζητήματα που συχνά απασχολούν τις ερωτηθείσες είναι η έλλειψη σεξουαλικής επιθυμίας και η μικρότερη ικανοποίηση από τον οργανισμό. Τα αποτελέσματα αυτά δε συμφωνούν με μια ενδεικτική παλαιότερη έρευνα που έδειξε αυξημένα ποσοστά απώλειας αίσθησης των γεννητικών οργάνων, νευρολογικά προβλήματα και δυσπαρευνία, αλλά συμφωνούν ως προς την επίδραση της νόσου στην επιθυμία, διέγερση και ικανοποίηση (Bronner et al., 2010).

Συμπεράσματα

Η σκλήρυνση κατά πλάκας αποτελεί ένα κοινό νόσημα που προσβάλλει ιδιαίτερα συχνά τις γυναίκες. Είναι ήδη γνωστό ότι μπορεί να συνδέεται με την εμφάνιση προβλημάτων όσον αφορά τη σεξουαλικότητα των πασχόντων. Ωστόσο τα δεδομένα μέχρι τώρα δεν είναι επαρκή. Από την ανάλυση όμως του ερωτηματολογίου της παρούσας εργασίας προκύπτουν σημαντικά στοιχεία από τις ίδιες τις πάσχουσες για τις δυσκολίες που αντιμετωπίζουν. Παρά τις αδυναμίες αυτής της έρευνας, καταδεικνύονται σαφείς επιπτώσεις της νόσου στη σεξουαλική επιθυμία, διέγερση και ικανοποίηση των γυναικών μέσω της εφύγρυνσης και του οργανισμού. Τα ποσοστά που δείχνουν την παρουσία αυτών των ζητημάτων δεν αποτελούν την πλειοψηφία. Ωστόσο, παρατηρείται ότι σημαντικό μέρος των πασχόντων εμφανίζουν δυσκολίες, όχι τόσο σωματικές ως απόρροια των νευρολογικών χαρακτηριστικών της νόσου, όσο ψυχικές που επηρεάζουν και τη σχέση τους με το σύντροφό τους. Βέβαια, φαίνεται πως αυτό δεν εμποδίζει τις περισσότερες από τις ασθενείς να συνάψουν σχέσεις και να νιώσουν συναισθηματική εγγύτητα. Πολλές από τις γυναίκες παντρεύονται ή επιλέγουν να αποκτήσουν παιδιά. Η σεξουαλικότητά τους επηρεάζεται επίσης από την κόπωση στην καθημερινότητά τους, ενώ για την υποστήριξη της ψυχολογικής τους υγείας, στρέφονται συχνά σε συνεδρίες με ψυχολόγο ή σε φαρμακευτική θεραπεία. Ωστόσο το σκορ δυσλειτουργίας δε σχετίζεται με την ηλικία και τη φαρμακευτική αγωγή.

Προτάσεις

Για την καλύτερη κατανόηση των ζητημάτων που επηρεάζουν τη σεξουαλικότητα των γυναικών με σκλήρυνση κατά πλάκας, θα μπορούσε στο μέλλον να πραγματοποιηθεί νέα έρευνα με ερωτηματολόγιο το οποίο θα περιλαμβάνει επιπλέον ερωτήσεις και θα ακολουθηθεί διαφορετική ανάλυση αποτελεσμάτων. Μια σημαντική ερώτηση που πρέπει να συμπεριληφθεί είναι η μορφή της νόσου από την οποία πάσχει η κάθε γυναίκα, καθώς και αν το τελευταίο διάστημα πριν τη συμμετοχή στην έρευνα βίωνε ή βιώνει κάποιο επεισόδιο υποτροπής. Αυτές οι ερωτήσεις θα συμβάλλουν στον προσδιορισμό του διαφορετικού τρόπου με τον οποίο η σεξουαλικότητα επηρεάζεται από τις δυσκολίες της κάθε φάσης της νόσου. Όσον αφορά τις γυναίκες που δεν έχουν παιδιά, πρέπει να διερευνηθεί αν επιθυμούν να αποκτήσουν στο μέλλον και αν η απόφασή τους επηρεάζεται από προβλήματα που αντιμετωπίζουν στη σεξουαλική τους ζωή.

Είναι σημαντικό επίσης να πραγματοποιηθεί ποσοτική έρευνα και χρήση στατιστικών εργαλείων για τον προσδιορισμό πιθανής θετικής ή αρνητικής συσχέτισης μεταξύ διαφόρων μεταβλητών που εξετάζονται. Ενδεικτικά, μπορεί να διερευνηθεί η συσχέτιση μεταξύ της παρακολούθησης από ψυχολόγο και της έντασης των σεξουαλικών προβλημάτων. Μπορεί επίσης να μελετηθεί η συσχέτιση μεταξύ της ανησυχίας για παρουσίαση συμπτωμάτων ή μείωση εφύγρασης και οργασμού κατά τη σεξουαλική δραστηριότητα με την επιθυμία τους να λάβουν μέρος σε συνουσία. Με τα ως τώρα δεδομένα βέβαια, καθίσταται σαφής η παρουσία δυσκολιών στη σεξουαλική λειτουργικότητα των γυναικών με σκλήρυνση κατά πλάκας και προτείνεται η ένταξη ερωτήσεων που αφορούν τη σεξουαλικότητα, στη διάρκεια της εξέτασης των ασθενών από τους ειδικούς.

Βιβλιογραφία

- Addlakha, R., Price, J., & Heidari, S. (2017). Disability and sexuality: claiming sexual and reproductive rights. *Reproductive Health Matters*, 25(50), 4–9. <https://doi.org/10.1080/09688080.2017.1336375>
- Alexander, M. S., & Alexander, C. J. (2007). Recommendations for discussing sexuality after spinal cord injury/dysfunction in children, adolescents, and adults. *Journal of Spinal Cord Medicine*, Vol. 30. <https://doi.org/10.1080/10790268.2007.11753971>
- Baines, S., Emerson, E., Robertson, J., & Hatton, C. (2018). Sexual activity and sexual health among young adults with and without mild/moderate intellectual disability. *BMC Public Health*, 18(1), 667. <https://doi.org/10.1186/s12889-018-5572-9>
- Bakirtzis, C., Grigoriadou, E., Boziki, M. K., Kesidou, E., Sifafis, S., Moysiadis, T., ... Grigoriadis, N. (2020). The Administrative Prevalence of Multiple Sclerosis in Greece on the Basis of a Nationwide Prescription Database. *Frontiers in Neurology*, 11, 1012. <https://doi.org/10.3389/fneur.2020.01012>
- Baptista, R. S., Pagliuca, L. M. F., Sampaio, A. F. A., & França, I. S. X. de. (2014). Sexuality: Experience of Women with Physical Disabilities. *Open Journal of Nursing*, 04(13), 920–927. <https://doi.org/10.4236/ojn.2014.413098>

- Bergamaschi, R. (2007). *Prognostic Factors in Multiple Sclerosis*.
[https://doi.org/10.1016/S0074-7742\(07\)79019-0](https://doi.org/10.1016/S0074-7742(07)79019-0)
- Bloom, T. L., Mosher, W., Alhusen, J., Lantos, H., & Hughes, R. B. (2017). Fertility Desires and Intentions Among U.S. Women by Disability Status: Findings from the 2011–2013 National Survey of Family Growth. *Maternal and Child Health Journal*, *21*(8), 1606–1615.
<https://doi.org/10.1007/s10995-016-2250-3>
- Bronner, G., Elran, E., Golomb, J., & Korczyn, A. D. (2010). Female sexuality in multiple sclerosis: the multidimensional nature of the problem and the intervention. *Acta Neurologica Scandinavica*, *121*(5), 289–301. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0404.2009.01314.x>
- Courtenay, W. H. (2000). Constructions of masculinity and their influence on men’s well-being: a theory of gender and health. *Social Science & Medicine*, *50*(10), 1385–1401.
[https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(99\)00390-1](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(99)00390-1)
- Coverdale, J. H., Balon, R., & Roberts, L. W. (2011). Teaching Sexual History-Taking: A Systematic Review of Educational Programs. *Academic Medicine*, *86*(12), 1590–1595.
<https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e318234ea41>
- Daniels, J. N. (2019). Disabled Mothering? Outlawed, Overlooked and Severely Prohibited: Interrogating Ableism in Motherhood. *Social Inclusion*, *7*(1), 114–123.
<https://doi.org/10.17645/si.v7i1.1551>
- Doshi, A., & Chataway, J. (2016). Multiple sclerosis, a treatable disease. *Clinical Medicine (London, England)*, *16*(Suppl 6), s53–s59. <https://doi.org/10.7861/clinmedicine.16-6-s53>
- Eastgate, G., Van Driel, M. L., Lennox, N. G., & Scheermeyer, E. (2011). Women with intellectual disabilities--a study of sexuality, sexual abuse and protection skills. *Australian Family Physician*, *40*(4), 226–230. Retrieved from
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21597535>
- Eliason, M. J. (2014). An Exploration of Terminology Related to Sexuality and Gender: Arguments for Standardizing the Language. *Social Work in Public Health*, *29*(2), 162–175.
<https://doi.org/10.1080/19371918.2013.775887>
- Few, C. (1997). The politics of sex research and constructions of female sexuality: what relevance to sexual health work with young women? *Journal of Advanced Nursing*, *25*(3), 615–625. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.1997.t01-1-1997025615.x>
- Ford, H. (2020). Clinical presentation and diagnosis of multiple sclerosis. *Clinical Medicine*, *20*(4), 380–383. <https://doi.org/10.7861/clinmed.2020-0292>
- Frederick, A. (2014). Mothering While Disabled. *Contexts*, *13*(4), 30–35.
<https://doi.org/10.1177/1536504214558214>
- Guo, Z.-N., He, S.-Y., Zhang, H.-L., Wu, J., & Yang, Y. (2012). Multiple sclerosis and sexual dysfunction. *Asian Journal of Andrology*, *14*(4), 530–535.
<https://doi.org/10.1038/aja.2011.110>
- Kamm, C. P., Uitdehaag, B. M., & Polman, C. H. (2014). Multiple Sclerosis: Current Knowledge

- and Future Outlook. *European Neurology*, 72(3–4), 132–141.
<https://doi.org/10.1159/000360528>
- Kijak, R. J. (2011). A Desire for Love: Considerations on Sexuality and Sexual Education of People With Intellectual Disability in Poland. *Sexuality and Disability*, 29(1), 65–74.
<https://doi.org/10.1007/s11195-010-9184-2>
- Kingwell, E., Marriott, J. J., Jetté, N., Pringsheim, T., Makhani, N., Morrow, S. A., ... Marrie, R. A. (2013). Incidence and prevalence of multiple sclerosis in Europe: a systematic review. *BMC Neurology*, 13(1), 128. <https://doi.org/10.1186/1471-2377-13-128>
- Klineova, S., & Lublin, F. D. (2018). Clinical Course of Multiple Sclerosis. *Cold Spring Harbor Perspectives in Medicine*, 8(9), a028928. <https://doi.org/10.1101/cshperspect.a028928>
- Kok, E. (2004). Sexuality: How it is defined and determined? *South African Family Practice*, 46(3), 39–42. <https://doi.org/10.1080/20786204.2004.10873061>
- Kołtuniuk, A., Przestrzelska, M., Karnas, A., & Rosińczuk, J. (2020). The Association Between Sexual Disorders and the Quality of Life of Woman Patients With Multiple Sclerosis: Findings of a Prospective, Observational, and Cross-Sectional Survey. *Sexual Medicine*, 8(2), 297–306. <https://doi.org/10.1016/j.esxm.2020.02.009>
- Krupp LB, LaRocca NG, Muir-Nash J, Steinberg AD. The fatigue severity scale. Application to patients with multiple sclerosis and systemic lupus erythematosus. *Arch Neurol*. 1989 Oct;46(10):1121-3
- Mohammadi, K., Rahnema, P., Rafei, Z., Ebrahimi-Aveh, S. M., & Montazeri, A. (2020). Factors associated with intimacy and sexuality among young women with multiple sclerosis. *Reproductive Health*, Vol. 17. <https://doi.org/10.1186/s12978-020-00960-5>
- Mollaioli, D., Ciocca, G., Limoncin, E., Di Sante, S., Gravina, G. L., Carosa, E., ... Jannini, E. A. F. (2020). Lifestyles and sexuality in men and women: the gender perspective in sexual medicine. *Reproductive Biology and Endocrinology : RB&E*, 18(1), 10.
<https://doi.org/10.1186/s12958-019-0557-9>
- Nazari, F., Shaygannejad, V., Mohammadi Sichani, M., Mansourian, M., & Hajhashemi, V. (2020). Sexual dysfunction in women with multiple sclerosis: Prevalence and impact on quality of life. *BMC Urology*, Vol. 20. <https://doi.org/10.1186/s12894-020-0581-2>
- Nosek, M. A., Rintala, D. H., Young, M. E., Howland, C. A., Foley, C. C., Rossi, D., & Chanpong, G. (1996). Sexual functioning among women with physical disabilities. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, Vol. 77, pp. 107–115.
[https://doi.org/10.1016/S0003-9993\(96\)90154-9](https://doi.org/10.1016/S0003-9993(96)90154-9)
- Peta, C., McKenzie, J., Kathard, H., & Africa, A. (2017). We are Not Asexual Beings: Disabled Women in Zimbabwe Talk About Their Active Sexuality. *Sexuality Research and Social Policy*, 14(4), 410–424. <https://doi.org/10.1007/s13178-016-0266-5>
- Rao, T. S. S., & Nagaraj, A. K. M. (2015). Female sexuality. *Indian Journal of Psychiatry*, 57(Suppl 2), S296-302. <https://doi.org/10.4103/0019-5545.161496>
- Research Mapi Institute. List of translations: Sexuality. Available at: <https://eprovide.mapi->

trust.org/instruments/female-sexual-function-index#languages (Accessed : December 10, 2020).

- Roselli, C. E. (2018). Neurobiology of gender identity and sexual orientation. *Journal of Neuroendocrinology*, 30(7), e12562. <https://doi.org/10.1111/jne.12562>
- Rosen R, Brown C, Heiman J, Leiblum S, Meston C, Shabsigh R, Ferguson D, D'Agostino Jr R, The Female Sexual Function Index (FSFI): a multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. *J Sex Marital Ther*. 2000 April-June; 26(2):191-208
- Rugoho, T., Maphosa, F., Programme, L., & Disability, L. C. (2014). *Challenges faced by women with disabilities in accessing sexual and reproductive health in Zimbabwe : The case of Chitungwiza town Research objectives* (pp. 1–8). pp. 1–8.
- Sanders AS, Foley FW, LaRocca NG & Zemon V. The Multiple Sclerosis Intimacy and Sexuality Questionnaire-19 (MSISQ-19). *Sexuality and Disability*. 2000; 18:3-26
- Shah, P. (2015). Symptomatic management in multiple sclerosis. *Annals of Indian Academy of Neurology*, 18(Suppl 1), S35-42. <https://doi.org/10.4103/0972-2327.164827>
- Shandra, C. L., Hogan, D. P., & Short, S. E. (2014). Planning for Motherhood: Fertility Attitudes, Desires And Intentions Among Women with Disabilities. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 46(4), 203–210. <https://doi.org/10.1363/46e2514>
- Sigusch, V. (2004). On cultural transformations of sexuality and gender in recent decades. *German Medical Science : GMS e-Journal*, 2, Doc07. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19675690>
- StolÅ©ru, S. (2014). Reading the Freudian theory of sexual drives from a functional neuroimaging perspective. *Frontiers in Human Neuroscience*, 8. <https://doi.org/10.3389/fnhum.2014.00157>
- Streur, C. S., Schafer, C. L., Garcia, V. P., Quint, E. H., Sandberg, D. E., & Wittmann, D. A. (2019). “If Everyone Else Is Having This Talk With Their Doctor, Why Am I Not Having This Talk With Mine?”: The Experiences of Sexuality and Sexual Health Education of Young Women With Spina Bifida. *The Journal of Sexual Medicine*, 16(6), 853–859. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2019.03.012>
- Stys, P. K., & Tsutsui, S. (2019). Recent advances in understanding multiple sclerosis. *F1000Research*, 8, 2100. <https://doi.org/10.12688/f1000research.20906.1>
- Tolman, D. L., & Diamond, L. M. (2014). Sexuality theory: A review, a revision and a recommendation. In *APA handbook of sexuality and psychology, Vol. 1: Person-based approaches*. (pp. 3–27). <https://doi.org/10.1037/14193-001>
- Trollor, J. N., Ruffell, B., Tracy, J., Torr, J. J., Durvasula, S., Iacono, T., ... Lennox, N. (2016). Intellectual disability health content within medical curriculum: An audit of what our future doctors are taught. *BMC Medical Education*, Vol. 16. <https://doi.org/10.1186/s12909-016-0625-1>
- Tsang, B. K.-T., & Macdonell, R. (2011). Multiple sclerosis- diagnosis, management and

prognosis. *Australian Family Physician*, 40(12), 948–955. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22146321>

Ventriglio, A., & Bhugra, D. (2019). Sexuality in the 21st Century: Sexual Fluidity. *East Asian Archives of Psychiatry : Official Journal of the Hong Kong College of Psychiatrists = Dong Ya Jing Shen Ke Xue Zhi : Xianggang Jing Shen Ke Yi Xue Yuan Qi Kan*, 29(1), 30–34. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31237255>

World Health Organization, D. of R. H. and R. (2006). *Defining sexual health*.

Wylie, K. (2007). Sexuality: its not just sex. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 100(7), 300–300. <https://doi.org/10.1258/jrsm.100.7.300>

Zachariou A, Filiponi M, Kirana PS. (2017). Translation and validation of the Greek version of the female sexual function index questionnaire. *Int J Impot Res*. Jul; 29(4), pp 171-74 <https://doi.org/10.1038/ijir.2017.18>

Zamani, M., Tavoli, A., Khasti, B. Y., Sedighimornani, N., & Zafar, M. (2017). Sexual therapy for women with multiple sclerosis and its impact on quality of life. *Iranian Journal of Psychiatry*, Vol. 12, pp. 58–65.

Παράρτημα Ι: Δήλωση συναίνεσης - ΕΡΕΥΝΑ

Διερεύνηση της Σεξουαλικότητας Γυναικών με Σκλήρυνση κατά πλάκας

Οι γυναίκες με σκλήρυνση κατά πλάκας (ΣΚΠ), ιδίως εκείνες μικρότερης ηλικίας, συχνά βιώνουν μια αλλαγή στο φυσιολογικό και συναισθηματικό ρυθμό ζωής, που μπορεί να επηρεάσει η συγκεκριμένη ασθένεια, την οικειότητα/συντροφικότητα και τη σεξουαλικότητα τους.

Σκοπός του συγκεκριμένου ερωτηματολογίου είναι να διερευνήσει τη σεξουαλική ικανοποίηση των γυναικών που πάσχουν από σκλήρυνση κατά πλάκας και να ανιχνεύσει πιθανά προβλήματα που αντιμετωπίζουν πάνω στο συγκεκριμένο θέμα.

Η έρευνα αυτή γίνεται στα πλαίσια της μεταπτυχιακής μου διπλωματικής και έχει στόχο να εξετάσει τη συχνότητα και την κατανομή των διαστάσεων πιθανής σεξουαλικής δυσλειτουργίας και να προσδιορίσει εάν αυτή, σχετίζεται με διάφορες κλινικές και δημογραφικές μεταβλητές σε γυναίκες ασθενείς με ΣΚΠ.

Είναι πολύ σημαντικό να αναδειχθούν εκείνα τα σημεία που προβληματίζουν και δυσκολεύουν τις γυναίκες έτσι ώστε να υπάρξει η κατάλληλη συμβουλευτική για τη βελτίωση της σεξουαλικής ικανοποίησης, καθώς η σωματική επικοινωνία αποτελεί σημαντικό παράγοντα σωματικής, πνευματικής και ψυχικής υγείας για όλους τους ανθρώπους και κυρίως για τους μακροχρόνια πάσχοντες.

Παρακαλώ αφιερώστε 15 λεπτά από το χρόνο σας για τη συμπλήρωση των κάτωθι ερωτήσεων, που αφορά πως αισθανθήκατε το τελευταίο διάστημα.

Η συμμετοχή σας στην έρευνα είναι *εθελοντική, πλήρως ανώνυμη* και οι *απαντήσεις σας εντελώς εμπιστευτικές*. Θα χρησιμοποιηθούν/επεξεργαστούν μόνο για την εκπλήρωση του ερευνητικού σκοπού της έρευνας.

Δεν υπάρχουν σωστές ή λάθος απαντήσεις.

Σας ευχαριστώ εκ των προτέρων για τη συμμετοχή σας!

Χριστίνα Μακρή Μαία, μεταπτυχιακή φοιτήτρια στο ΠΜΣ «Προηγμένη & Τεκμηριωμένη Μαιευτική Φροντίδα» του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής

Στοιχεία επικοινωνίας : xristinamakri123@gmail.com (email) (Τηλέφωνο :6946963968)

Στοιχεία επιβλέποντος καθηγητή: esarantaki@uniwa.gr (Αντιγόνη Σαραντάκη, Επίκουρη καθηγήτρια, Πα.ΔΑ)

A. Δημογραφικά στοιχεία

Σημειώστε με X την ηλικία σας

18-24	
25-34	
35-50	
50+	

Σημειώστε με X την οικογενειακή σας κατάσταση

comcom

Παντρεμένη	
Διαζευγμένη	
Χήρα	
Σε συμβίωση	
Σε ελεύθερη σχέση	
Χωρίς σύντροφο	

Σημειώστε με X το επίπεδο εκπαίδευσής σας

Δημοτικό	
Γυμνάσιο	
Λύκειο	
Μεταπτυχιακό	
Διδακτορικό	
Άλλο	

Σημειώστε πόσα παιδιά έχετε

0	
1	
2	
3	
4	
5+	

Είστε σε εμμηνόπαυση;

Ναι	
Όχι	

B. Πληροφορίες για το ιατρικό ιστορικό

Πόσο χρονικό διάστημα έχετε διαγνωστεί με τη νόσο;

Την τελευταία εβδομάδα	
Τον τελευταίο μήνα	
Πάνω από ένα μήνα	
Το τελευταίο τρίμηνο	
Πάνω από έξι μήνες	
Τον τελευταίο χρόνο	
Άλλο (ΕΤΟΣ, π.χ 2005)	

Χρονολογία εμφάνισης συμπτωμάτων

(ΜΜ/ΕΕ)...../.....

Πώς παίρνετε την φαρμακευτική αγωγή για τη νόσο;

Συστηματικά (μόνιμα)	
Μόνο ανάλογα με την πορεία και τις εξετάσεις της νόσου	

Ασκείστε;

Ναι	
Όχι	

Έχετε παρακολουθήσει συνεδρίες σε ψυχολόγο;

Ναι, στο παρελθόν και σταμάτησα	
Ναι και συνεχίζω ακόμα	
Όχι, ποτέ	

Λαμβάνετε κάποια άλλη αγωγή, **στο παρελθόν** συστηματικά, πέραν της αγωγής για τη Σκλήρυνση κατά πλάκας;

Ναι, κάποια στιγμή στο παρελθόν	
Όχι, ποτέ	

Λαμβάνετε κάποια άλλη αγωγή, **τώρα συστηματικά**, πέραν της αγωγής για τη Σκλήρυνση κατά πλάκας;

Ναι	
Όχι	

Εάν ναι, τι είδους φάρμακα είναι αυτά;

Αντικαταθλιπτικά	
Αγγολυτικά	
Άλλα (περιγράψτε)	

Γ. Ερωτηματολόγιο σεξουαλικής λειτουργικότητας (FSFI) (Rosen et al, 2000)

(Σημειώστε πως αισθανθήκατε τον **τελευταίο μήνα**,

δηλαδή τις **τελευταίες 4 εβδομάδες**)

(βάλτε ένα \surd δίπλα στη φράση που συμφωνείτε περισσότερο)

1. Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, πόσο συχνά νιώσατε σεξουαλική επιθυμία ή ενδιαφέρον;
 - Σχεδόν συνέχεια ή συνέχεια
 - Τις περισσότερες φορές
 - Αρκετές φορές
 - Λίγες φορές
 - Σχεδόν ποτέ ή ποτέ

2. Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, πως θα εκτιμούσατε το επίπεδο της σεξουαλικής σας επιθυμίας ή ενδιαφέροντος;
 - Πολύ υψηλό
 - Υψηλό
 - Μέτριο
 - Χαμηλό
 - Πολύ χαμηλό ή ανύπαρκτο

3. Τις τελευταίες 4 εβδομάδες πόσο συχνά νιώσατε σεξουαλικά διεγερμένη κατά τη διάρκεια της σεξουαλικής δραστηριότητας ή συνουσίας;
 - ο Καμία σεξουαλική δραστηριότητα
 - ο Σχεδόν πάντα ή πάντα
 - ο Τις περισσότερες φορές
 - ο Αρκετές φορές
 - ο Λίγες φορές
 - ο Σχεδόν ποτέ ή ποτέ

4. Τις τελευταίες 4 εβδομάδες πως θα εκτιμούσατε το επίπεδο της σεξουαλικής διέγερσης σας κατά τη διάρκεια της σεξουαλικής δραστηριότητας ή συνουσίας;
 - ο Καμία σεξουαλική δραστηριότητα
 - ο Πολύ υψηλό
 - ο Υψηλό
 - ο Μέτριο ο Χαμηλό
 - ο Πολύ χαμηλό ή ανύπαρκτο

5. Τις τελευταίες 4 εβδομάδες πόσο σίγουρη ήσασταν ότι θα διεγερθείτε σεξουαλικά κατά τη διάρκεια σεξουαλικής δραστηριότητας ή συνουσίας;
- ο Καμία σεξουαλική δραστηριότητα
 - ο Πολύ μεγάλη σιγουριά
 - ο Μεγάλη σιγουριά
 - ο Μέτρια σιγουριά
 - ο Μικρή σιγουριά
 - ο Πολύ μικρή ή καμία σιγουριά
6. Τις τελευταίες 4 εβδομάδες πόσο συχνά νιώσατε ικανοποιημένη από τη διέγερση σας κατά τη διάρκεια σεξουαλικής δραστηριότητας ή συνουσίας;
- ο Καμία σεξουαλική δραστηριότητα
 - ο Σχεδόν πάντα ή πάντα
 - ο Τις περισσότερες φορές
 - ο Αρκετές φορές
 - ο Λίγες φορές
 - ο Σχεδόν ποτέ ή ποτέ
7. Τις τελευταίες 4 εβδομάδες πόσο συχνά εφυγρανήκατε κατά τη διάρκεια σεξουαλικής δραστηριότητας ή συνουσίας;
- ο Καμία σεξουαλική δραστηριότητα
 - ο Σχεδόν πάντα ή πάντα
 - ο Τις περισσότερες φορές
 - ο Αρκετές φορές ο Λίγες φορές
 - ο Σχεδόν ποτέ ή ποτέ
8. Τις τελευταίες 4 εβδομάδες πόσο δύσκολο ήταν να εφυγραθείτε κατά τη διάρκεια σεξουαλικής δραστηριότητας ή συνουσίας;
- ο Καμία σεξουαλική δραστηριότητα
 - ο Εξαιρετικά δύσκολο ή αδύνατο
 - ο Πολύ δύσκολο ο Δύσκολο
 - ο Λίγο δύσκολο
 - ο Καθόλου δύσκολο
9. Τις τελευταίες 4 εβδομάδες πόσο συχνά διατηρήσατε την εφύγραυσή σας μέχρι το τέλος της σεξουαλικής δραστηριότητας ή συνουσίας;
- ο Καμία σεξουαλική δραστηριότητα
 - ο Σχεδόν πάντα ή πάντα
 - ο Τις περισσότερες φορές
 - ο Αρκετές φορές
 - ο Λίγες φορές
 - ο Σχεδόν ποτέ ή ποτέ
10. Τις τελευταίες 4 εβδομάδες πόσο δύσκολο ήταν να διατηρήσετε την εφύγραυσή σας μέχρι το τέλος της σεξουαλικής δραστηριότητας ή συνουσίας; ο Καμία σεξουαλική δραστηριότητα
- ο Εξαιρετικά δύσκολο ή αδύνατο
 - ο Πολύ δύσκολο ο Δύσκολο ο Λίγο δύσκολο
 - ο Καθόλου δύσκολο

11. Τις τελευταίες 4 εβδομάδες όταν είχατε σεξουαλικό ερεθισμό ή συνουσία πόσο συχνά φθάσατε σε οργασμό;

- ο Καμία σεξουαλική δραστηριότητα
- ο Σχεδόν πάντα ή πάντα
- ο Τις περισσότερες φορές
- ο Αρκετές φορές ο Λίγες φορές
- ο Σχεδόν ποτέ ή ποτέ

12. Τις τελευταίες 4 εβδομάδες όταν είχατε σεξουαλικό ερεθισμό ή συνουσία πόσο δύσκολο ήταν για εσάς να φθάσετε σε οργασμό;

- ο Καμία σεξουαλική δραστηριότητα
- ο Εξαιρετικά δύσκολο ή αδύνατο
- ο Πολύ δύσκολο ο Δύσκολο ο Λίγο δύσκολο
- ο Καθόλου δύσκολο

13. Τις τελευταίες 4 εβδομάδες πόσο ικανοποιημένη ήσαστε με την ικανότητα σας να φθάσετε σε οργασμό;

- ο Καμία σεξουαλική δραστηριότητα
- ο Πολύ ικανοποιημένη
- ο Μέτρια ικανοποιημένη
- ο Σχεδόν το ίδιο ικανοποιημένη και δυσαρεστημένη
- ο Μέτρια δυσαρεστημένη ο Πολύ δυσαρεστημένη

14. Τις τελευταίες 4 εβδομάδες πόσο ικανοποιημένη είσαστε με τη συναισθηματική εγγύτητα κατά τη σεξουαλική δραστηριότητα μεταξύ εσάς και του συντρόφου σας;

- ο Καμία σεξουαλική δραστηριότητα
- ο Πολύ ικανοποιημένη
- ο Μέτρια ικανοποιημένη
- ο Σχεδόν το ίδιο ικανοποιημένη και δυσαρεστημένη
- ο Μέτρια δυσαρεστημένη
- ο Πολύ δυσαρεστημένη

15. Τις τελευταίες 4 εβδομάδες πόσο ικανοποιημένη είσαστε με τη σεξουαλική σας σχέση με το σύντροφο σας;

- ο Καμία σεξουαλική δραστηριότητα
- ο Πολύ ικανοποιημένη ο Μέτρια ικανοποιημένη
- ο Σχεδόν το ίδιο ικανοποιημένη και δυσαρεστημένη
- ο Μέτρια δυσαρεστημένη
- ο Πολύ δυσαρεστημένη

16.Τις τελευταίες 4 εβδομάδες πόσο ικανοποιημένη είσατε συνολικά με τη σεξουαλική σας ζωή;

- ο Καμία σεξουαλική δραστηριότητα
- ο Πολύ ικανοποιημένη
- ο Μέτρια ικανοποιημένη
- ο Σχεδόν το ίδιο ικανοποιημένη και δυσαρεστημένη
- ο Μέτρια δυσαρεστημένη
- ο Πολύ δυσαρεστημένη

17.Τις τελευταίες 4 εβδομάδες πόσο συχνά νιώσατε ενόχληση ή πόνο κατά τη διάρκεια της κοιλικής διείσδυσης;

- ο Καμία σεξουαλική δραστηριότητα
- ο Σχεδόν πάντα ή πάντα
- ο Τις περισσότερες φορές
- ο Αρκετές φορές
- ο Λίγες φορές
- ο Σχεδόν ποτέ ή ποτέ

18.Τις τελευταίες 4 εβδομάδες πόσο συχνά νιώσατε ενόχληση ή πόνο μετά τη κοιλική διείσδυση;

- ο Καμία σεξουαλική δραστηριότητα
- ο Σχεδόν πάντα ή πάντα
- ο Τις περισσότερες φορές
- ο Αρκετές φορές
- ο Λίγες φορές
- ο Σχεδόν ποτέ ή ποτέ

19.Τις τελευταίες 4 εβδομάδες πως θα εκτιμούσατε το επίπεδο ενόχλησης ή πόνου κατά τη διάρκεια ή μετά την κοιλική διείσδυση;

- ο Καμία σεξουαλική δραστηριότητα
- ο Πολύ υψηλό
- ο Υψηλό
- ο Μέτριο
- ο Χαμηλό
- ο Πολύ χαμηλό ή ανύπαρκτο

Δ. Ερωτηματολόγιο κόπωσης - Fatigue Severity Scale (Krupp et al, 1989)

Η παρακάτω κλίμακα διερευνά τα συμπτώματα κόπωσης που σχετίζονται με τη σωματική λειτουργία, την άσκηση και την εργασία και την οικογενειακή ή κοινωνική ζωή. Η βαθμολογία βασίζεται σε κλίμακα που κυμαίνεται από 1 (διαφωνώ απόλυτα με τη δήλωση) έως 7 (συμφωνώ απόλυτα με τη δήλωση).

	1	2	3	4	5	6	7
Η κινητοποίησή μου είναι χαμηλή όταν βιώνω κόπωση	Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Διαφωνώ κάπως	Ουδέτερος	Συμφωνώ	Συμφωνώ κάπως	Συμφωνώ απόλυτα
Η άσκηση επιδεινώνει την κόπωσή μου							
Κουράζομαι εύκολα							
Η κόπωση επηρεάζει τη φυσική μου λειτουργία							
Η κόπωση μου προκαλεί συχνά προβλήματα							
Η κόπωση με παρεμποδίζει ώστε να έχω καλή φυσική λειτουργία							
Η κόπωση παρεμποδίζει την εκτέλεση των υποχρεώσεων και των ευθυνών μου							
Η κόπωση είναι ένα από τα τρία συμπτώματα που έχω που με παρεμποδίζει να λειτουργήσω αποτελεσματικά							
Η κόπωση δυσκολεύει τις εργασιακή, τη κοινωνική και την οικογενειακή μου ζωή							

E. Ερωτηματολόγιο σεξουαλικής δυσλειτουργίας ατόμων με ΣΚΠ - Intimacy and Sexuality Questionnaire-19 (MSISQ-19) (Sanders et al, 2000)

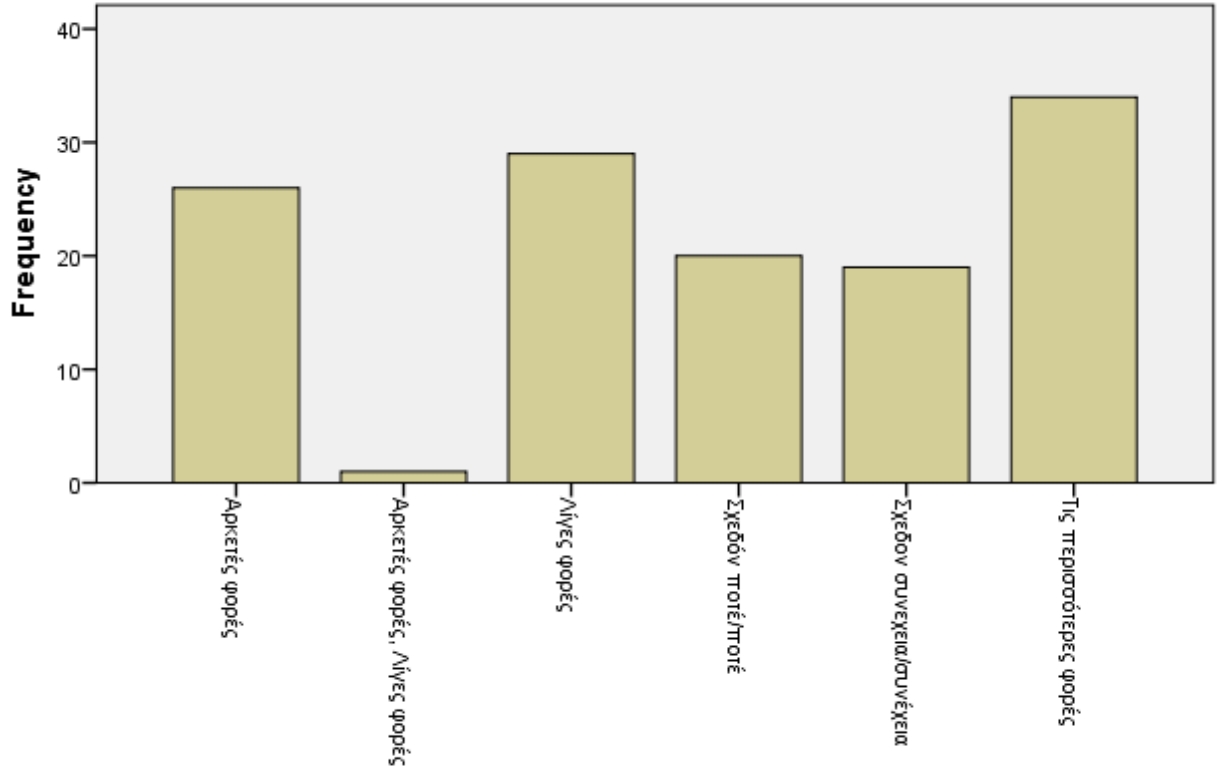
Η κλίμακα αφορά στη σεξουαλικότητα και στην οικειότητα ατόμων με ΣΚΠ. Η βαθμολογία βασίζεται σε μια κλίμακα που κυμαίνεται από 1 (δεν παρενέβη ποτέ στη σεξουαλική δραστηριότητα ή την ικανοποίησή μου) έως 5 (πάντα παρεμπόδιζε τη σεξουαλική δραστηριότητα ή την ικανοποίησή μου).

Κατά την διάρκεια των τελευταίων έξι μηνών, τα παρακάτω συμπτώματα παρεμπόδισαν τη σεξουαλική δραστηριότητα και ικανοποίηση	Δεν παρενέβη ποτέ στη σεξουαλική δραστηριότητα ή την ικανοποίησή μου	Σπάνια παρενέβη στη σεξουαλική δραστηριότητα ή την ικανοποίησή μου	Συχνά παρενέβη στη σεξουαλική δραστηριότητα ή την ικανοποίησή μου	Σχεδόν πάντα παρενέβη στη σεξουαλική δραστηριότητα ή την ικανοποίησή μου	Πάντα παρεμπόδιζε τη σεξουαλική δραστηριότητα ή την ικανοποίησή μου
Σύσφιξη μυών και σπασμούς στα χέρια, στα πόδια και στο σώμα					
Συμπτώματα στην ουροδόχο κύστη					
Συμπτώματα στο έντερο					
Αισθήματα εξάρτησης λόγω της ΣΚΠ					
Τρέμουλο χεριών και σώματος					
Πόνος, κάψιμο, δυσφορία σώματος					
Αίσθημα ότι το σώμα μου δεν είναι ελκυστικό					
Δυσκολίες στην επιτέλεση κινήσεων σώματος που επιθυμώ κατά τη διάρκεια της σεξουαλικής δραστηριότητας					
Αισθήματα χαμηλής θηλυκότητας ή αρρενωπότητας λόγω της ΣΚΠ					

Προβλήματα με τη συγκέντρωση, τη μνήμη και τη σκέψη					
Επιδείνωση των συμπτωμάτων της ΣΚΠ					
Μούδιασμα γεννητικών οργάνων					
Φόβος σεξουαλικής απόρριψης λόγω της ΣΚΠ					
Ανησυχία για τη σεξουαλική ικανοποίηση του συντρόφου μου					
Αίσθημα χαμηλής αυτοπεποίθησης για τη σεξουαλικότητά μου λόγω της ΣΚΠ					
Έλλειψη σεξουαλικού ενδιαφέροντος ή επιθυμίας					
Λιγότερο έντονοι ή ευχάριστοι οργασμοί					
Καθυστέρηση σεξουαλικής κορύφωσης					
Έλλειψη κολπικής υγρασίας (γυναίκες)/δυσκολία ευχαρίστησης από τη στύση (άντρες)					

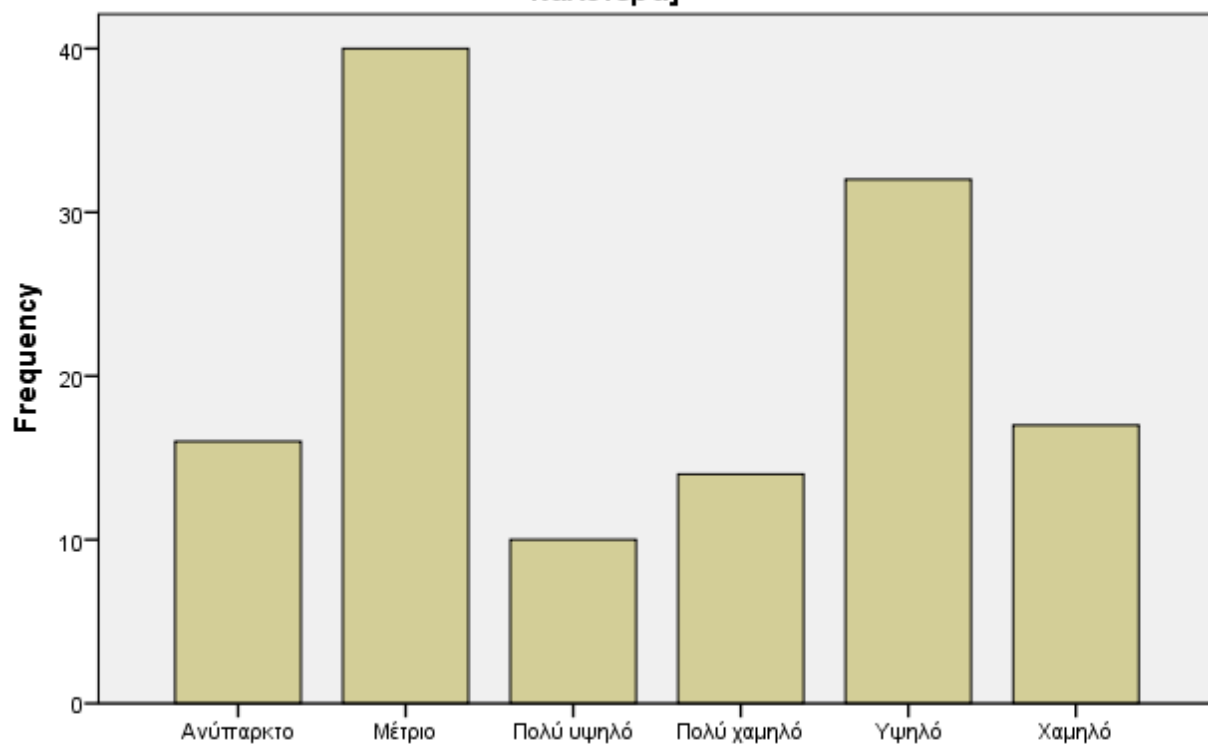
Παράρτημα II: Διαγράμματα ανάλυσης

Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, πόσο συχνά νιώσατε σεξουαλική επιθυμία ή ενδιαφέρον; [Σημειώστε την απάντηση που σας αντιπροσωπεύει καλύτερα]



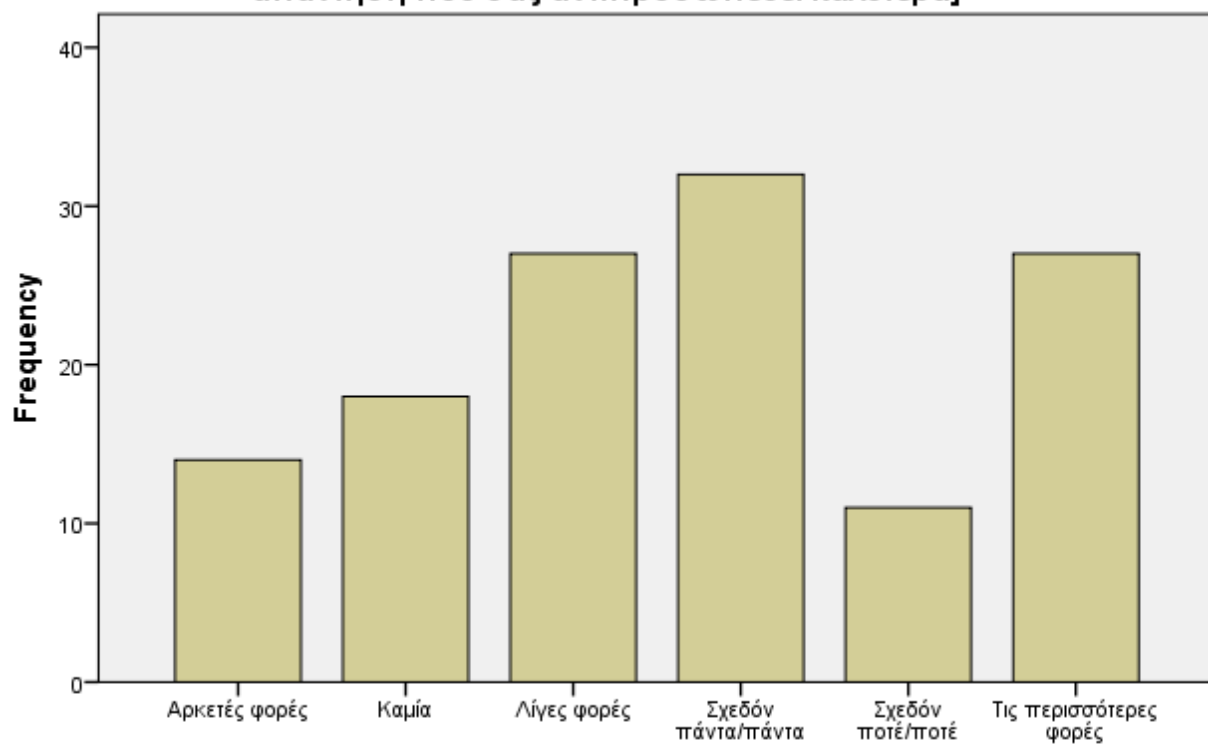
Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, πόσο συχνά νιώσατε σεξουαλική επιθυμία ή ενδιαφέρον; [Σημειώστε την απάντηση που σας αντιπροσωπεύει καλύτερα]

Τις τελευταίες 4 εβδομάδες , πως θα εκτιμούσατε το επίπεδο της σεξουαλικής σας επιθυμίας ή ενδιαφέροντος; [Σημειώστε την απάντηση που σας αντιπροσωπεύει καλύτερα]



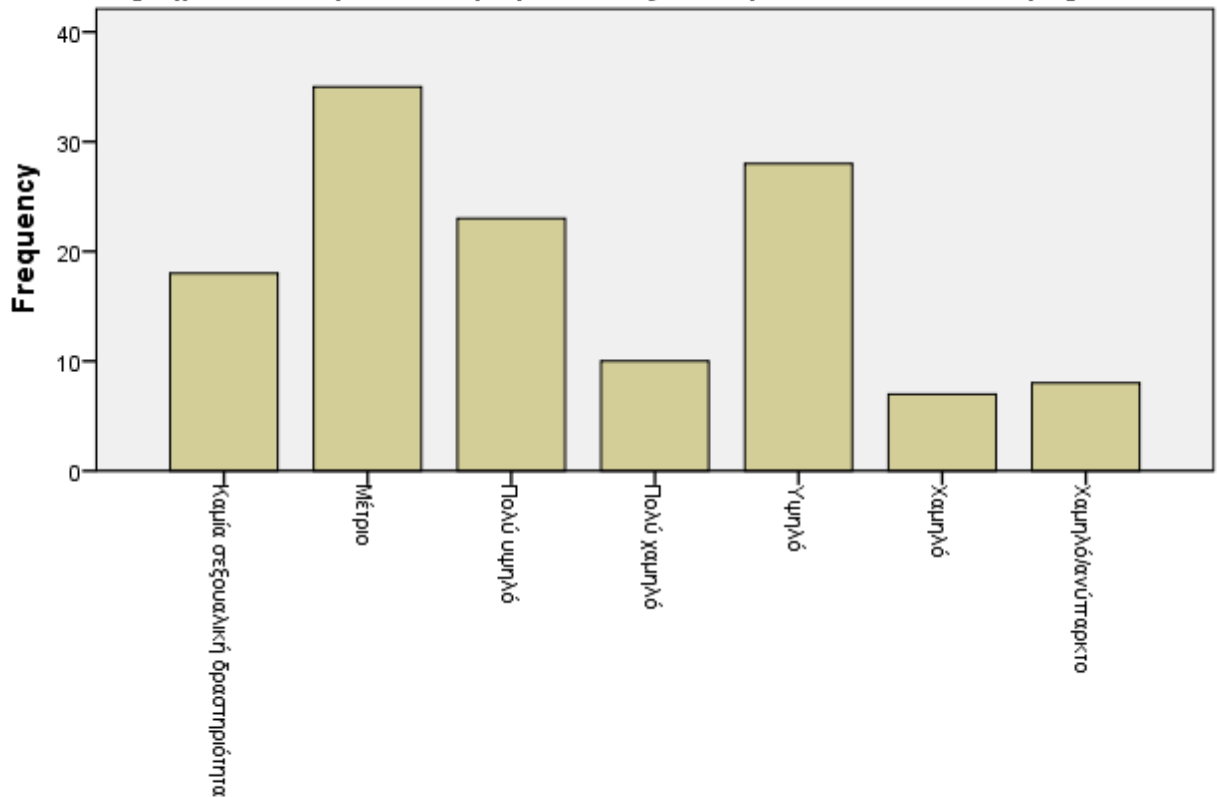
Τις τελευταίες 4 εβδομάδες , πως θα εκτιμούσατε το επίπεδο της σεξουαλικής σας επιθυμίας ή ενδιαφέροντος; [Σημειώστε την απάντηση που σας αντιπροσωπεύει καλύτερα]

Τις τελευταίες 4 εβδομάδες πόσο συχνά νιώσατε σεξουαλικά διεγερμένα κατά τη διάρκεια της σεξουαλικής δραστηριότητας ή συνουσίας; [Σημειώστε την απάντηση που σας αντιπροσωπεύει καλύτερα]



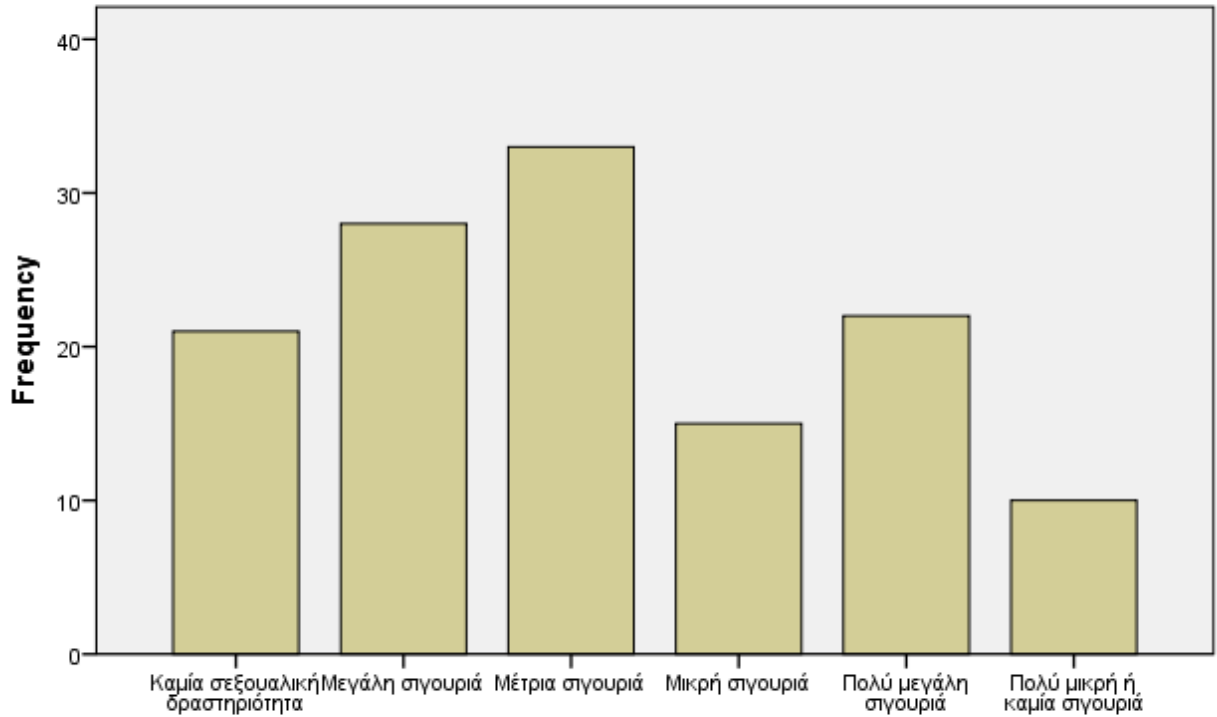
Τις τελευταίες 4 εβδομάδες πόσο συχνά νιώσατε σεξουαλικά διεγερμένα κατά τη διάρκεια της σεξουαλικής δραστηριότητας ή συνουσίας; [Σημειώστε την απάντηση που σας αντιπροσωπεύει καλύτερα]

Τις τελευταίες 4 εβδομάδες πως θα εκτιμούσατε το επίπεδο της σεξουαλικής διέγερσης σας κατά τη διάρκεια της σεξουαλικής δραστηριότητας ή συνουσίας; [Σημειώστε την απάντηση που σας αντιπροσωπεύει καλύτερα]



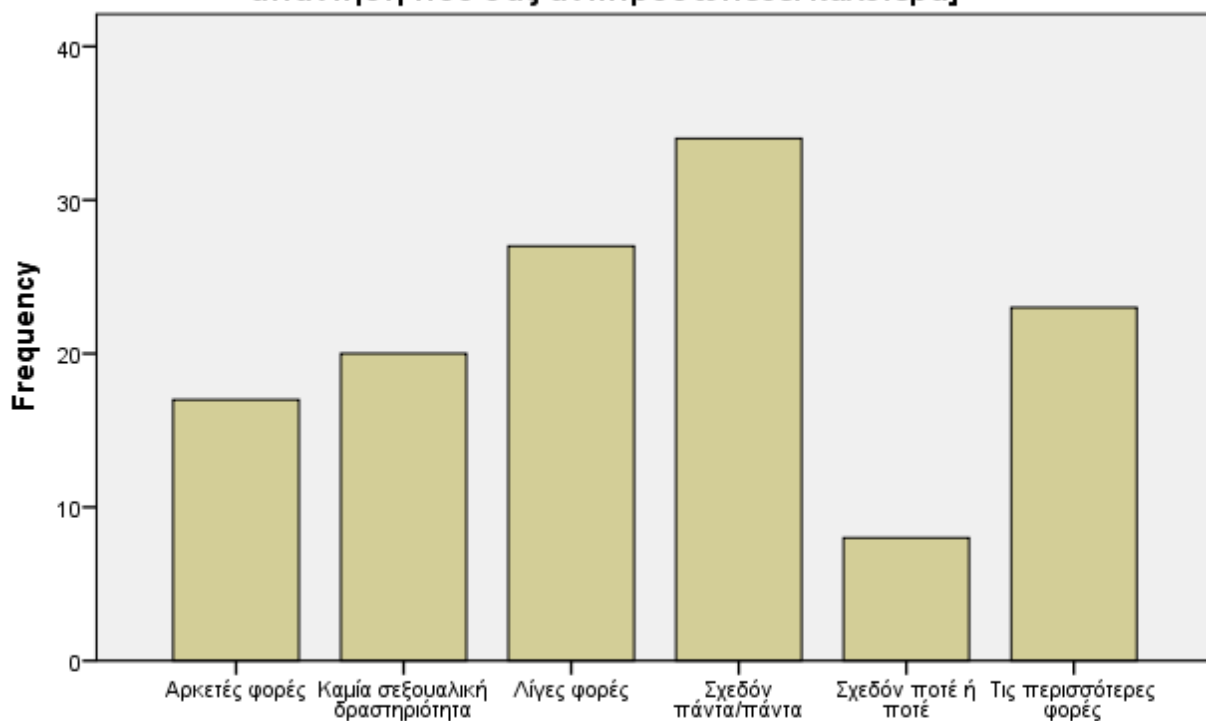
Τις τελευταίες 4 εβδομάδες πως θα εκτιμούσατε το επίπεδο της σεξουαλικής...

Τις τελευταίες 4 εβδομάδες πόσο σίγουρη ήσασταν ότι θα διεγερθείτε σεξουαλικά κατά τη διάρκεια σεξουαλικής δραστηριότητας ή συνουσίας; [Σημειώστε την απάντηση που σας αντιπροσωπεύει καλύτερα]



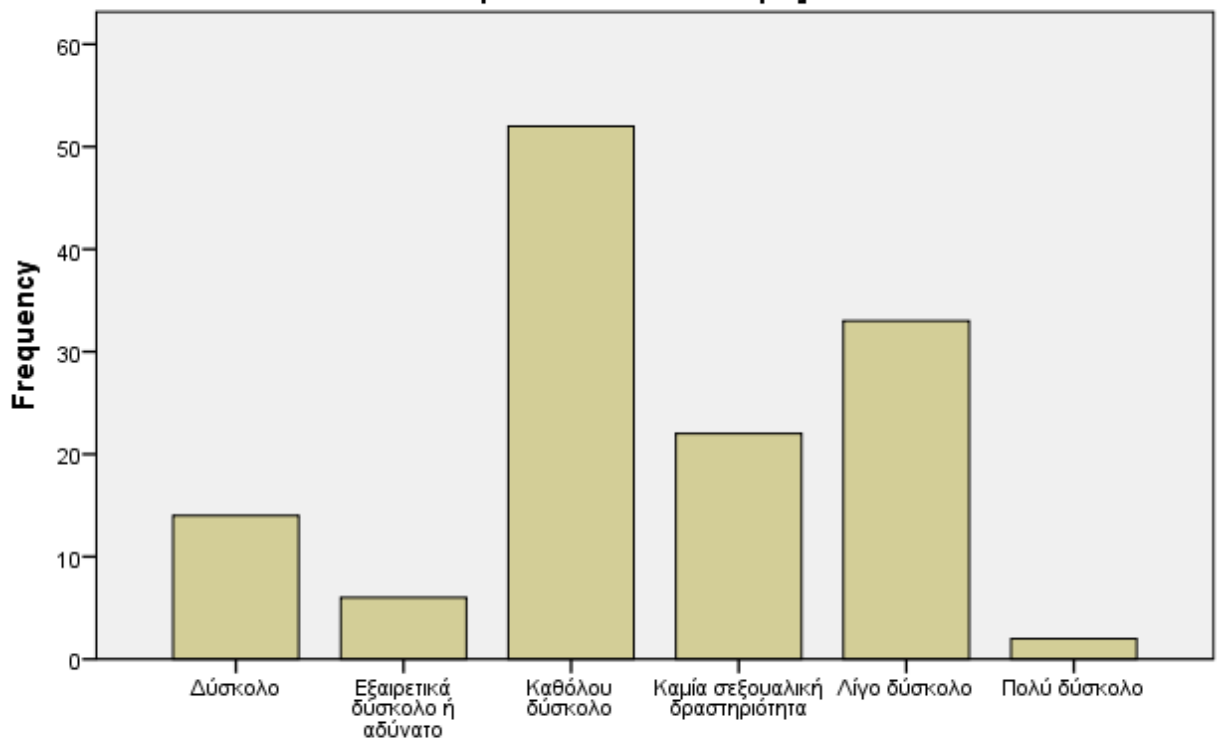
Τις τελευταίες 4 εβδομάδες πόσο σίγουρη ήσασταν ότι θα διεγερθείτε σεξουαλικά κατά τη διάρκεια σεξουαλικής δραστηριότητας ή συνουσίας; [Σημειώστε την απάντηση που σας αντιπροσωπεύει καλύτερα]

Τις τελευταίες 4 εβδομάδες πόσο συχνά νιώσατε ικανοποιημένη από τη διέγερση σας κατά τη διάρκεια σεξουαλικής δραστηριότητας ή συνουσίας; [Σημειώστε την απάντηση που σας αντιπροσωπεύει καλύτερα]



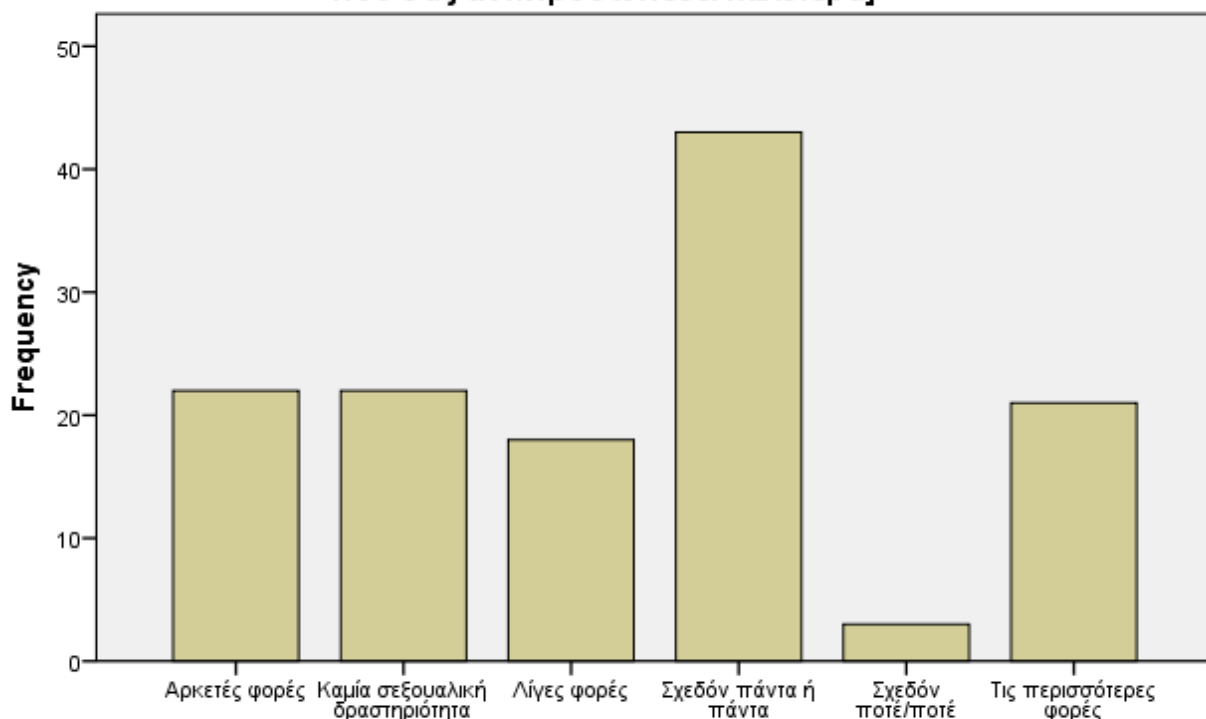
Τις τελευταίες 4 εβδομάδες πόσο συχνά νιώσατε ικανοποιημένη από τη διέγερση σας κατά τη διάρκεια σεξουαλικής δραστηριότητας ή συνουσίας; [Σημειώστε την απάντηση που σας αντιπροσωπεύει καλύτερα]

Τις τελευταίες 4 εβδομάδες πόσο δύσκολο ήταν να εφυγρανθείτε κατά τη διάρκεια σεξουαλικής δραστηριότητας ή συνουσίας; [Σημειώστε την απάντηση που σας αντιπροσωπεύει καλύτερα]



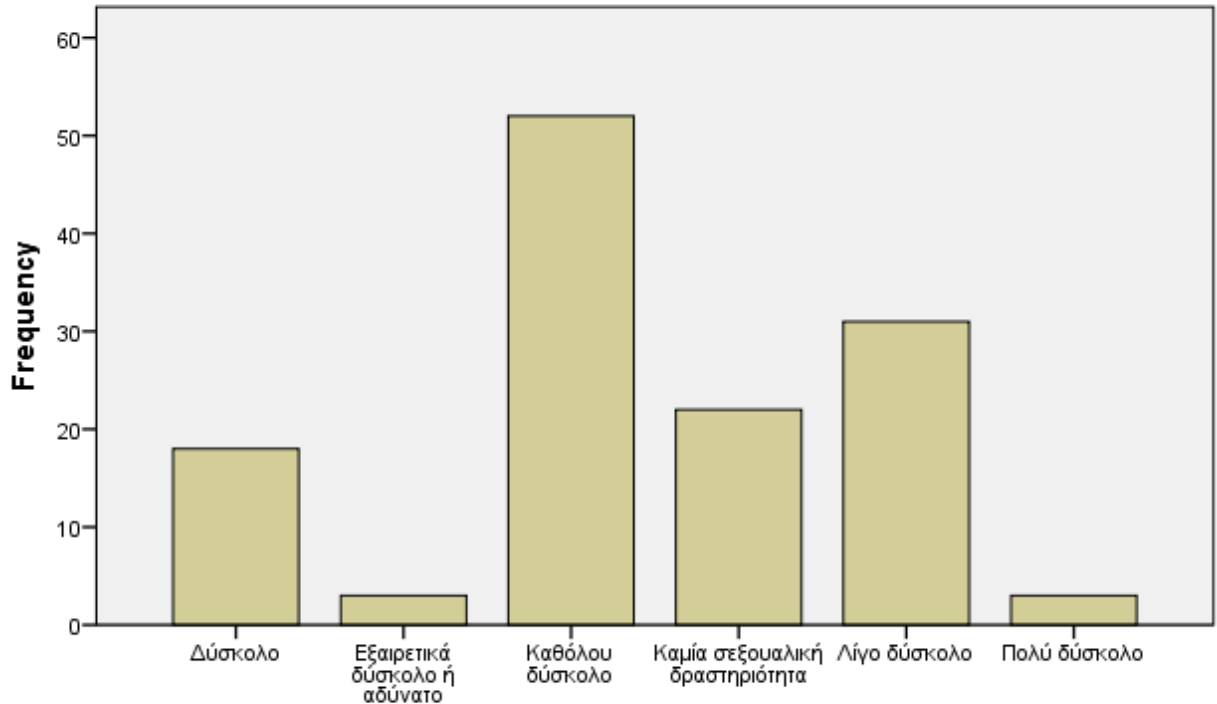
Τις τελευταίες 4 εβδομάδες πόσο δύσκολο ήταν να εφυγρανθείτε κατά τη διάρκεια σεξουαλικής δραστηριότητας ή συνουσίας; [Σημειώστε την απάντηση που σας αντιπροσωπεύει καλύτερα]

Τις τελευταίες 4 εβδομάδες πόσο συχνά διατηρήσατε την εφύγρασής σας μέχρι το τέλος της σεξουαλικής δραστηριότητας ή συνουσίας [Σημειώστε την απάντηση που σας αντιπροσωπεύει καλύτερα]



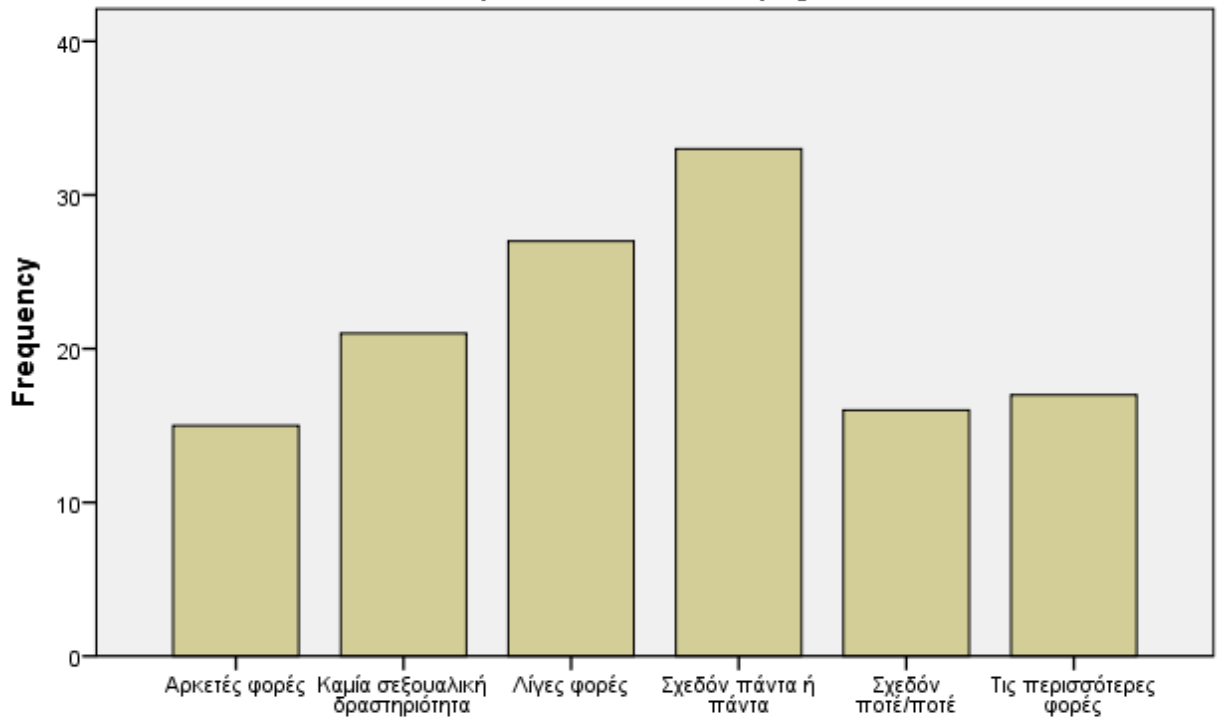
Τις τελευταίες 4 εβδομάδες πόσο συχνά διατηρήσατε την εφύγρασής σας μέχρι το τέλος της σεξουαλικής δραστηριότητας ή συνουσίας [Σημειώστε την απάντηση που σας αντιπροσωπεύει καλύτερα]

Τις τελευταίες 4 εβδομάδες πόσο δύσκολο ήταν να διατηρήσετε τηνεφύγρανή σας μέχρι το τέλος της σεξουαλικής δραστηριότητας ήσυνουσίας; [Σημειώστε την απάντηση που σας αντιπροσωπεύει καλύτερα]



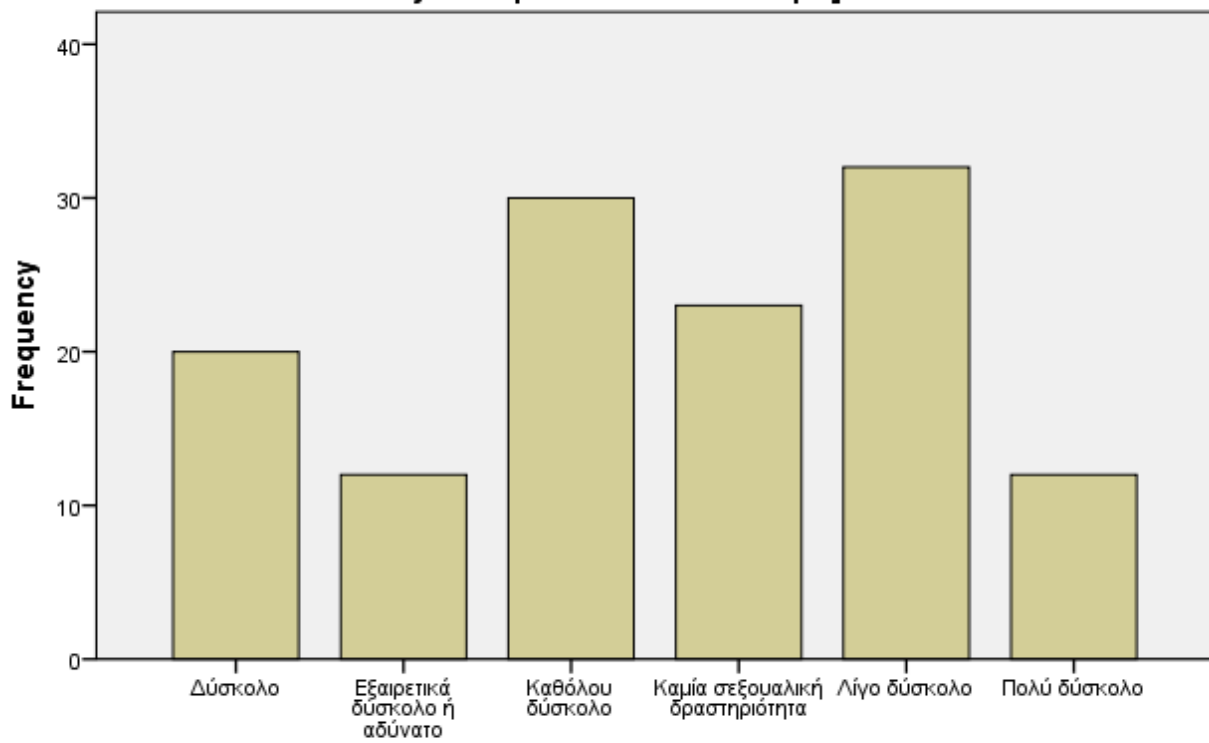
Τις τελευταίες 4 εβδομάδες πόσο δύσκολο ήταν να διατηρήσετε τηνεφύγρανή σας μέχρι το τέλος της σεξουαλικής δραστηριότητας ήσυνουσίας; [Σημειώστε την απάντηση που σας αντιπροσωπεύει καλύτερα]

Τις τελευταίες 4 εβδομάδες όταν είχατε σεξουαλικό ερεθισμό ή συνουσία πόσο συχνά φθάσατε σε οργασμό; [Σημειώστε την απάντηση που σας αντιπροσωπεύει καλύτερα]



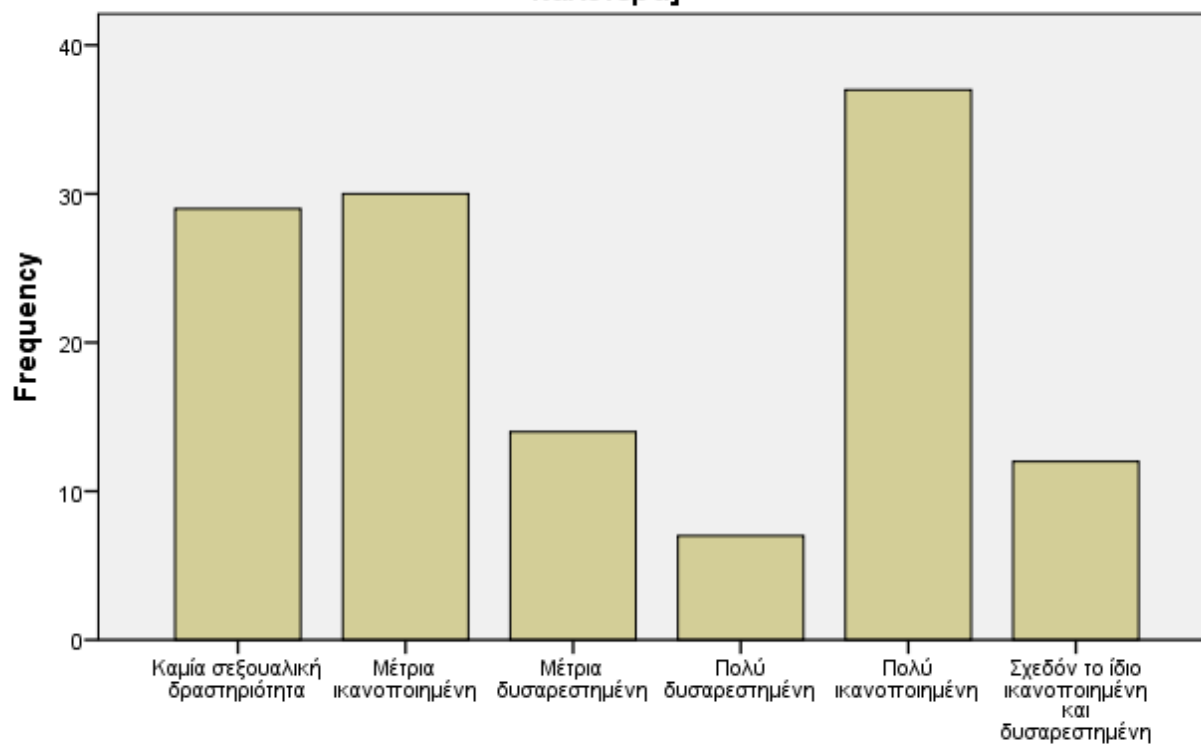
Τις τελευταίες 4 εβδομάδες όταν είχατε σεξουαλικό ερεθισμό ή συνουσία πόσο συχνά φθάσατε σε οργασμό; [Σημειώστε την απάντηση που σας αντιπροσωπεύει καλύτερα]

Τις τελευταίες 4 εβδομάδες όταν είχατε σεξουαλικό ερεθισμό ή συνουσία πόσο δύσκολο ήταν για εσάς να φθάσετε σε οργασμό; [Σημειώστε την απάντηση που σας αντιπροσωπεύει καλύτερα]



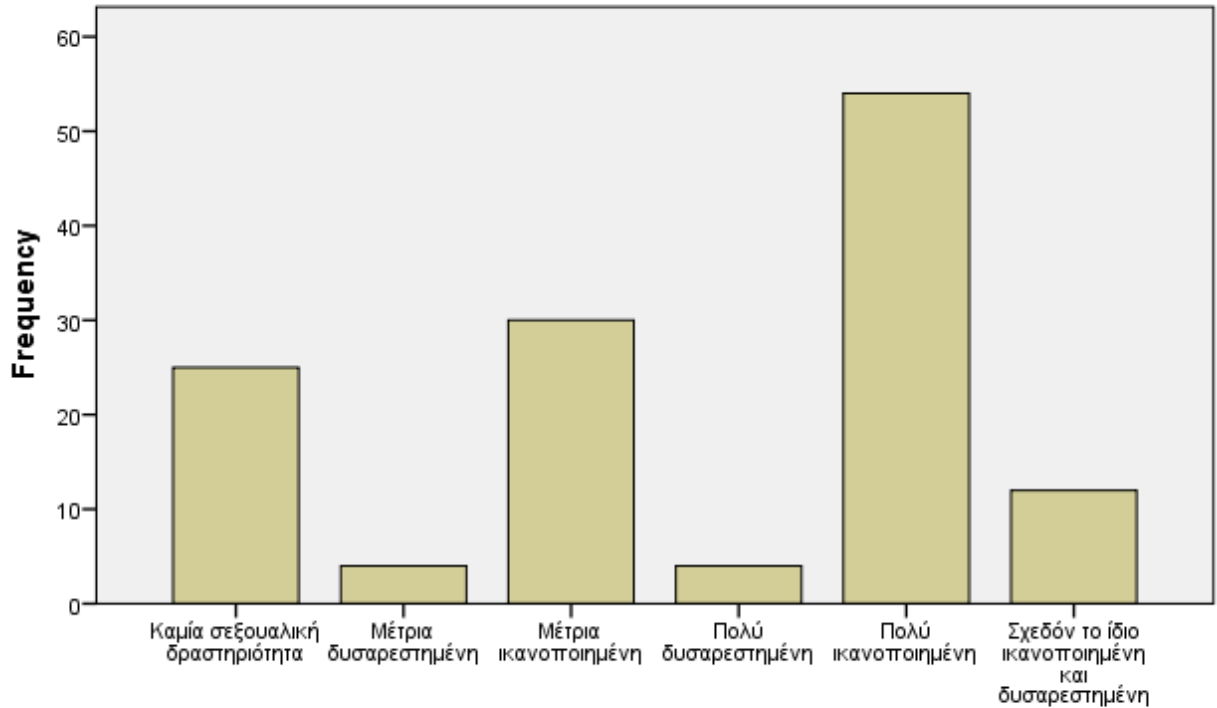
Τις τελευταίες 4 εβδομάδες όταν είχατε σεξουαλικό ερεθισμό ή συνουσία πόσο δύσκολο ήταν για εσάς να φθάσετε σε οργασμό; [Σημειώστε την απάντηση που σας αντιπροσωπεύει καλύτερα]

Τις τελευταίες 4 εβδομάδες πόσο ικανοποιημένη ήσαστε με την ικανότητάς να φθάσετε σε οργασμό; [Σημειώστε την απάντηση που σας αντιπροσωπεύει καλύτερα]



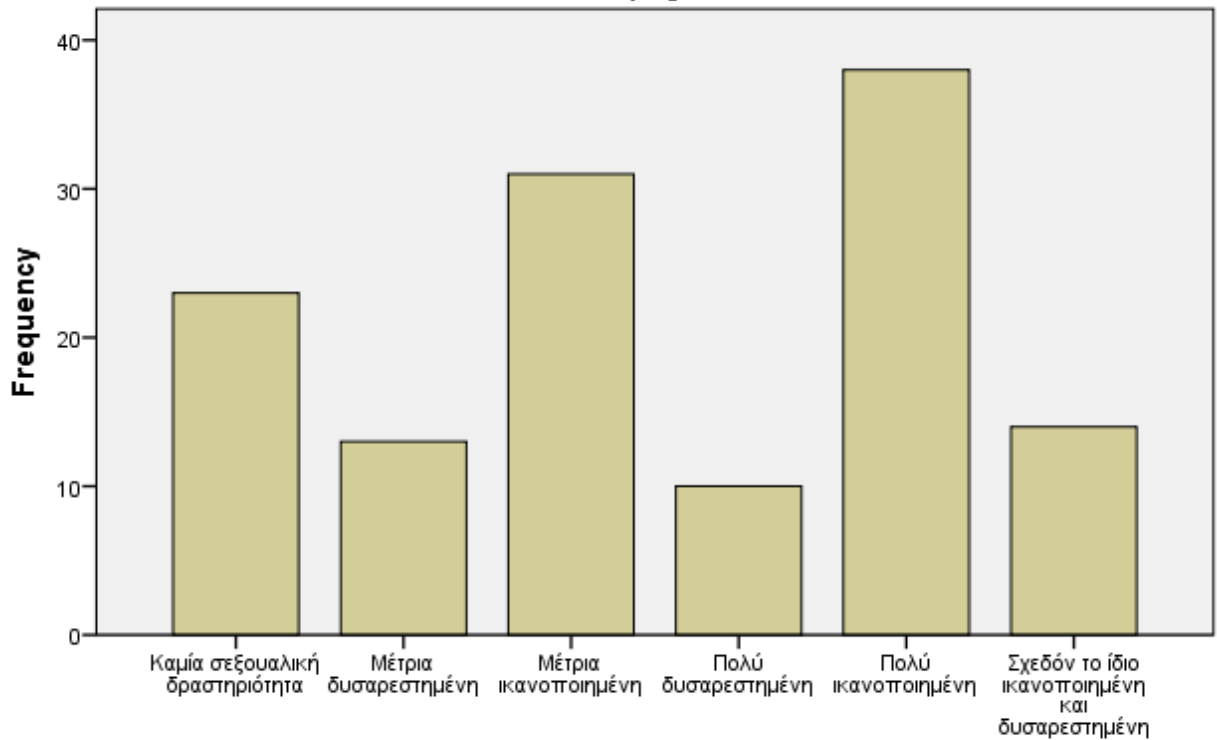
Τις τελευταίες 4 εβδομάδες πόσο ικανοποιημένη ήσαστε με την ικανότητάς να φθάσετε σε οργασμό; [Σημειώστε την απάντηση που σας αντιπροσωπεύει καλύτερα]

Τις τελευταίες 4 εβδομάδες πόσο ικανοποιημένη είσατε με τη συναισθηματική εγγύτητα κατά τη σεξουαλική δραστηριότητα μεταξύ εσάς και του συντρόφου σας; [Σημειώστε την απάντηση που σας αντιπροσωπεύει καλύτερα]



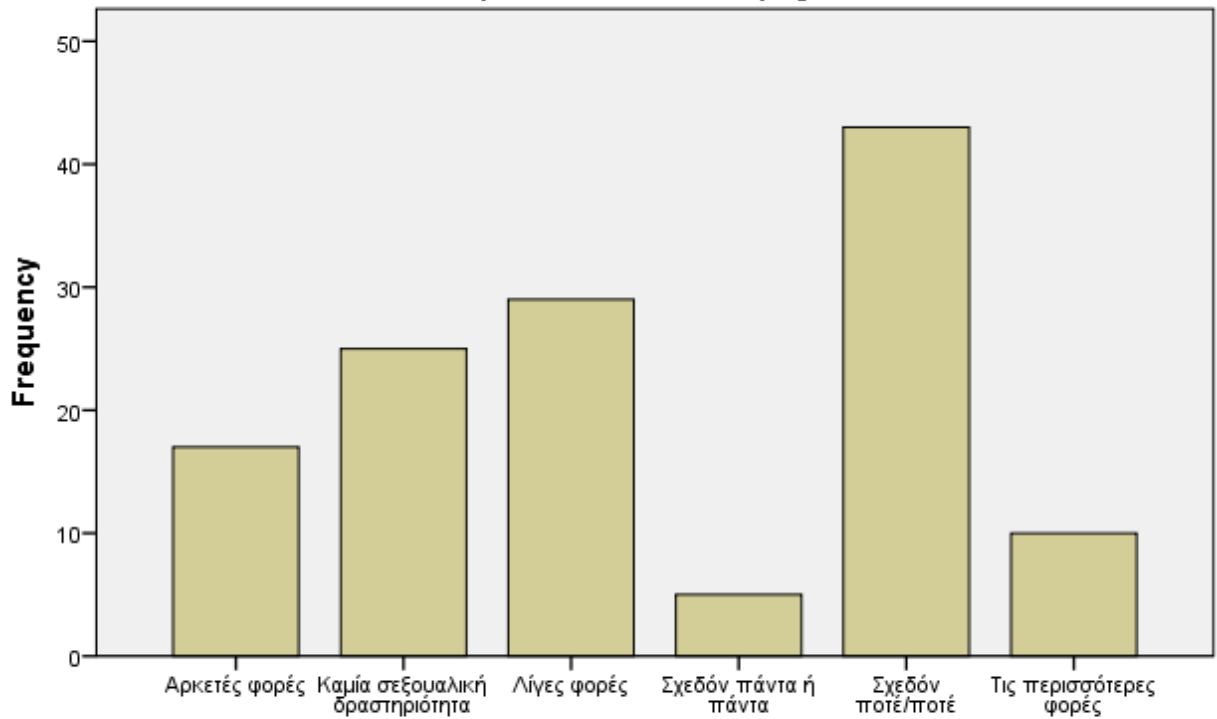
Τις τελευταίες 4 εβδομάδες πόσο ικανοποιημένη είσατε με τη συναισθηματική εγγύτητα κατά τη σεξουαλική δραστηριότητα μεταξύ εσάς και του συντρόφου σας; [Σημειώστε την απάντηση που σας αντιπροσωπεύει καλύτερα]

Τις τελευταίες 4 εβδομάδες πόσο ικανοποιημένη είσατε συνολικά με τη σεξουαλική σας ζωή; [Σημειώστε την απάντηση που σας αντιπροσωπεύει καλύτερα]



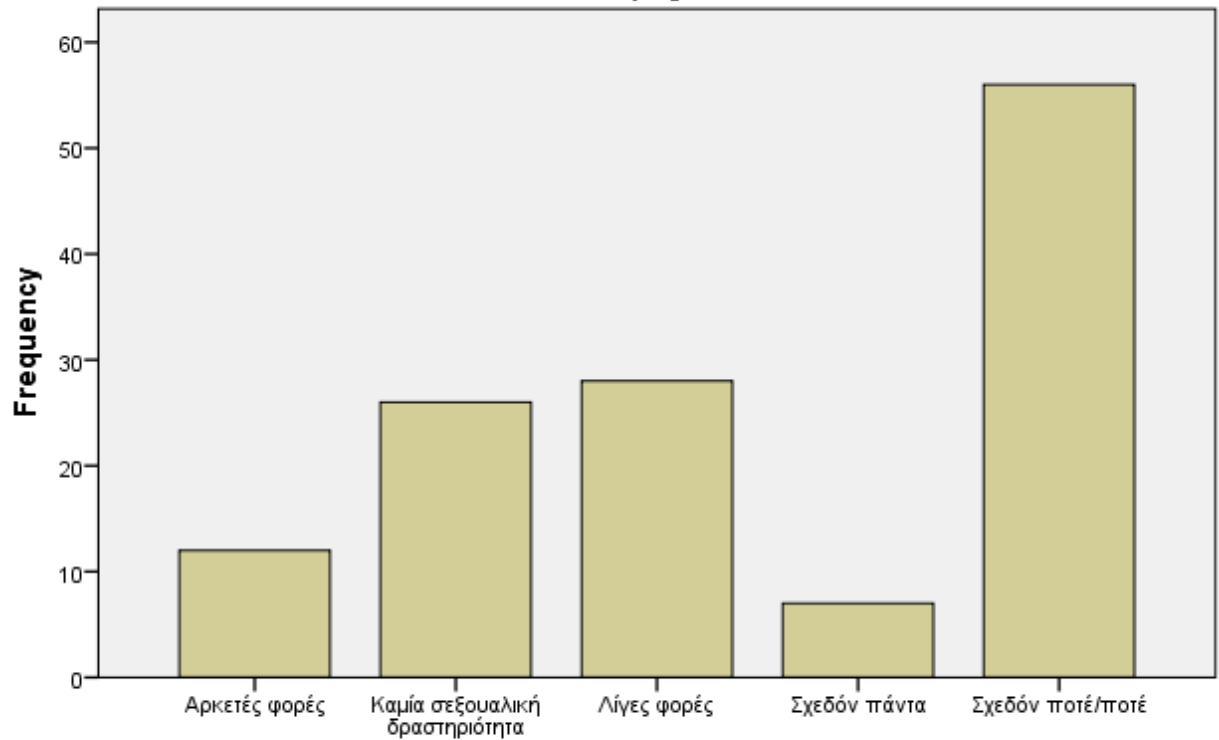
Τις τελευταίες 4 εβδομάδες πόσο ικανοποιημένη είσατε συνολικά με τη σεξουαλική σας ζωή; [Σημειώστε την απάντηση που σας αντιπροσωπεύει καλύτερα]

Τις τελευταίες 4 εβδομάδες πόσο συχνά νιώσατε ενόχληση ή πόνο κατά τη διάρκεια της κοιλιακής διείσδυσης; [Σημειώστε την απάντηση που σας αντιπροσωπεύει καλύτερα]



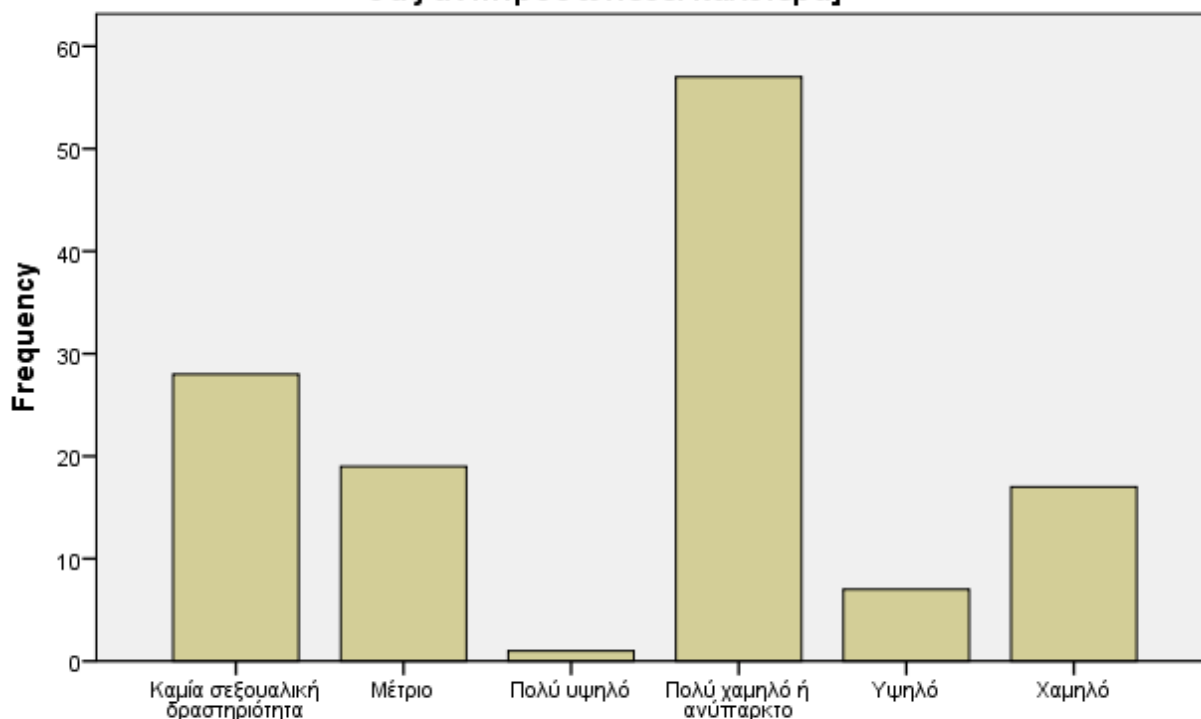
Τις τελευταίες 4 εβδομάδες πόσο συχνά νιώσατε ενόχληση ή πόνο κατά τη διάρκεια της κοιλιακής διείσδυσης; [Σημειώστε την απάντηση που σας αντιπροσωπεύει καλύτερα]

**Τις τελευταίες 4 εβδομάδες πόσο συχνά νιώσατε ενόχληση ή πόνο μετά τη
κολπική διείδυση; [Σημειώστε την απάντηση που σας αντιπροσωπεύει
καλύτερα]**



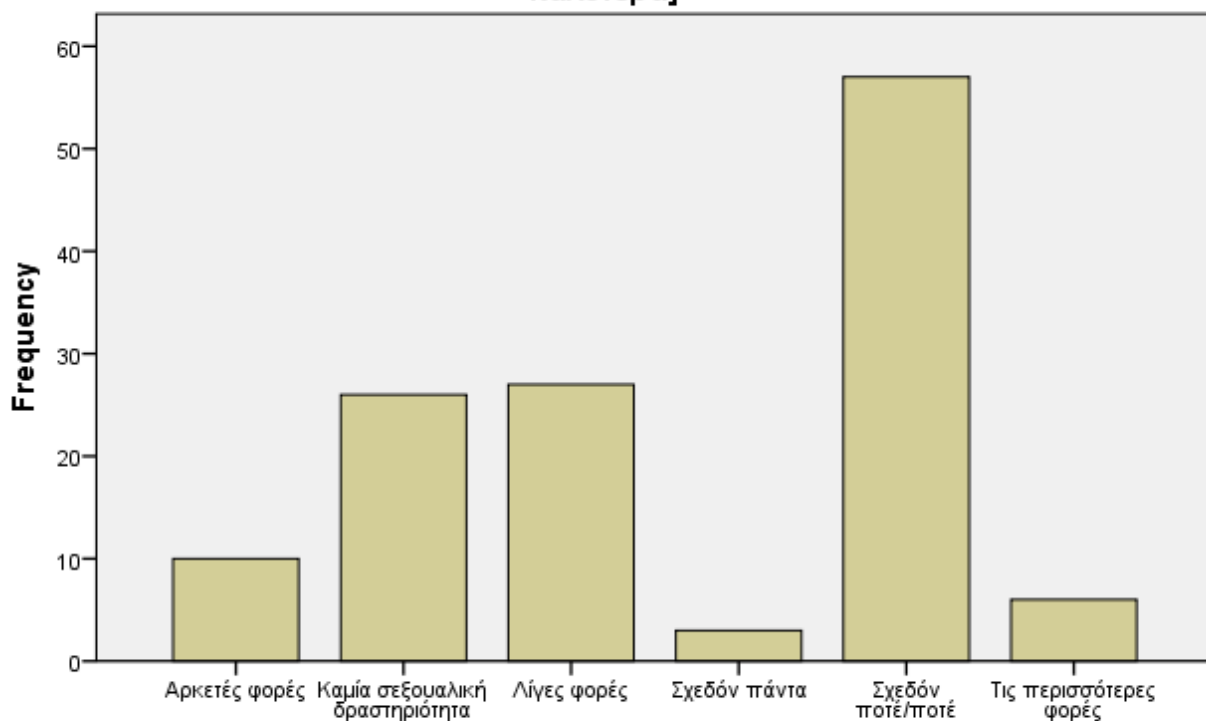
**Τις τελευταίες 4 εβδομάδες πόσο συχνά νιώσατε ενόχληση ή πόνο μετά τη
κολπική διείδυση; [Σημειώστε την απάντηση που σας αντιπροσωπεύει
καλύτερα]**

Τις τελευταίες 4 εβδομάδες πως θα εκτιμούσατε το επίπεδο ενόχλησης ήπionου κατά τη διάρκεια ή μετά την κοιλτική διείσδυση; [Σημειώστε την απάντηση που σας αντιπροσωπεύει καλύτερα]



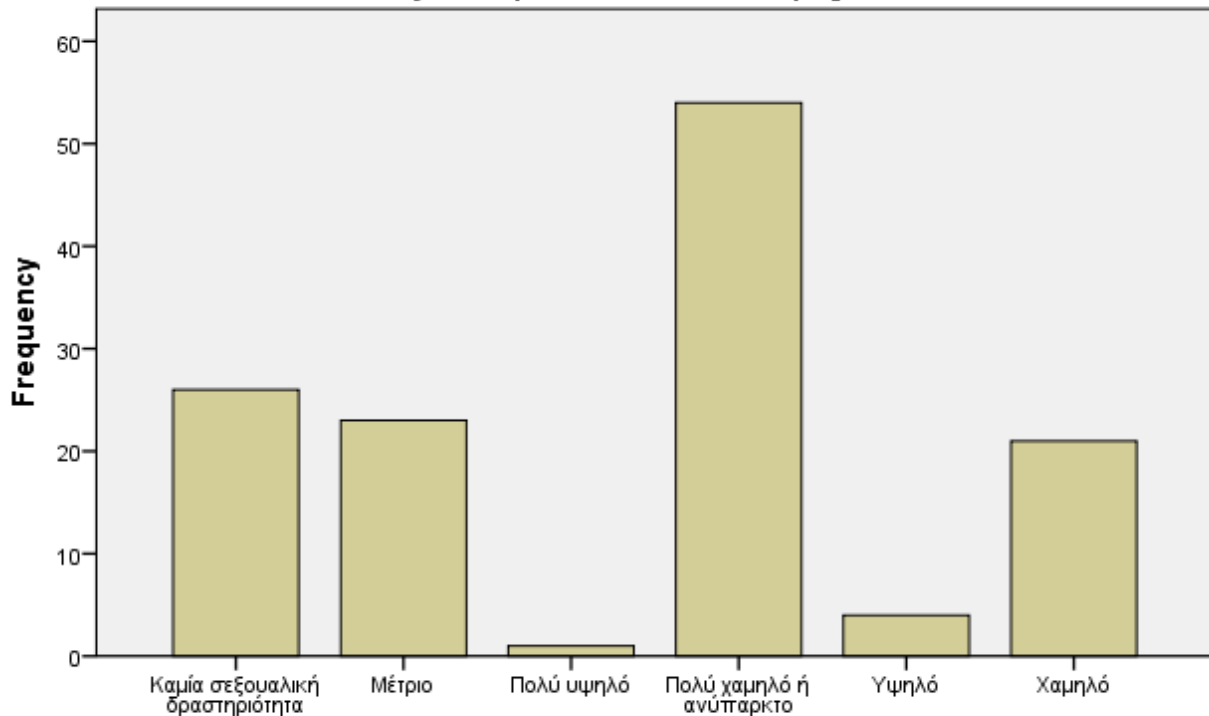
Τις τελευταίες 4 εβδομάδες πως θα εκτιμούσατε το επίπεδο ενόχλησης ήπionου κατά τη διάρκεια ή μετά την κοιλτική διείσδυση; [Σημειώστε την απάντηση που σας αντιπροσωπεύει καλύτερα]

Τις τελευταίες 4 εβδομάδες πόσο συχνά νιώσατε ενόχληση ή πόνο μετά τη κοιλιακή διείδυση; [Σημειώστε την απάντηση που σας αντιπροσωπεύει καλύτερα]



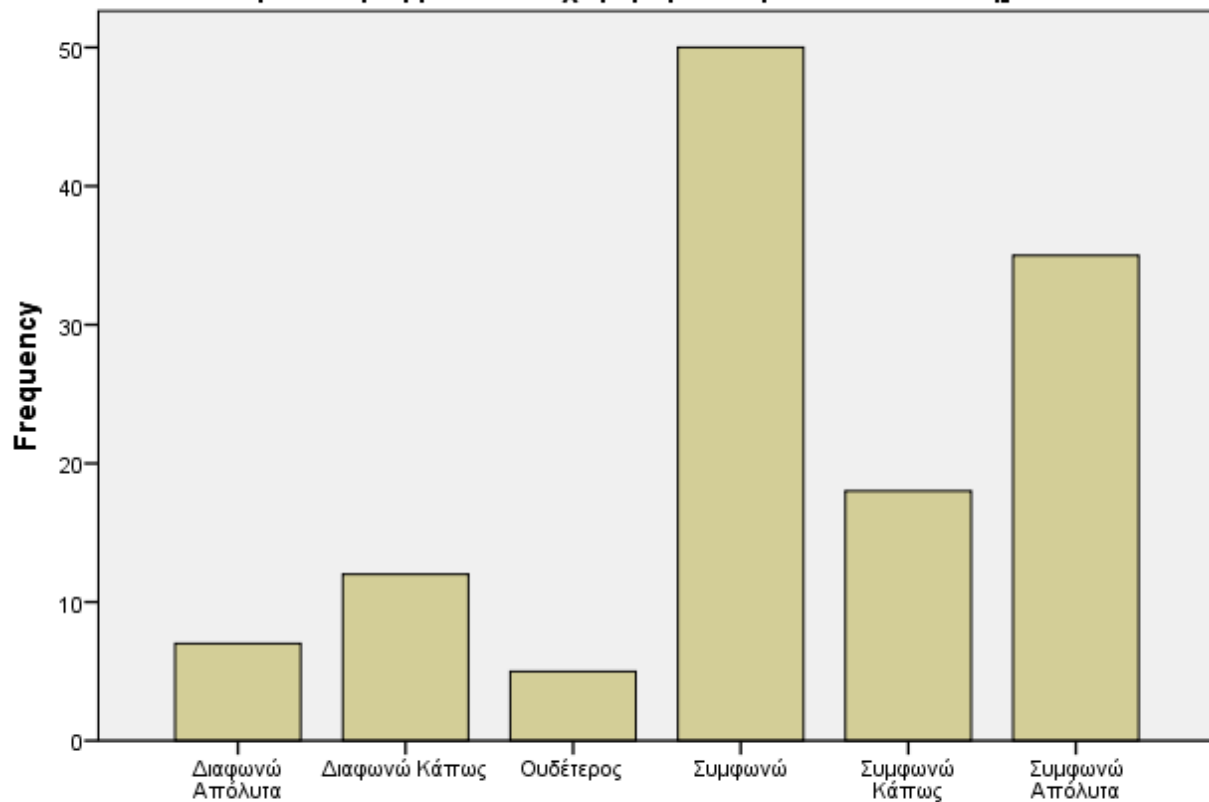
Τις τελευταίες 4 εβδομάδες πόσο συχνά νιώσατε ενόχληση ή πόνο μετά τη κοιλιακή διείδυση; [Σημειώστε την απάντηση που σας αντιπροσωπεύει καλύτερα]

Τις τελευταίες 4 εβδομάδες πως θα εκτιμούσατε το επίπεδο ενόχλησης ή πόνου κατά τη διάρκεια ή μετά την κοιλιακή διείσδυση; [Σημειώστε την απάντηση που σας αντιπροσωπεύει καλύτερα]



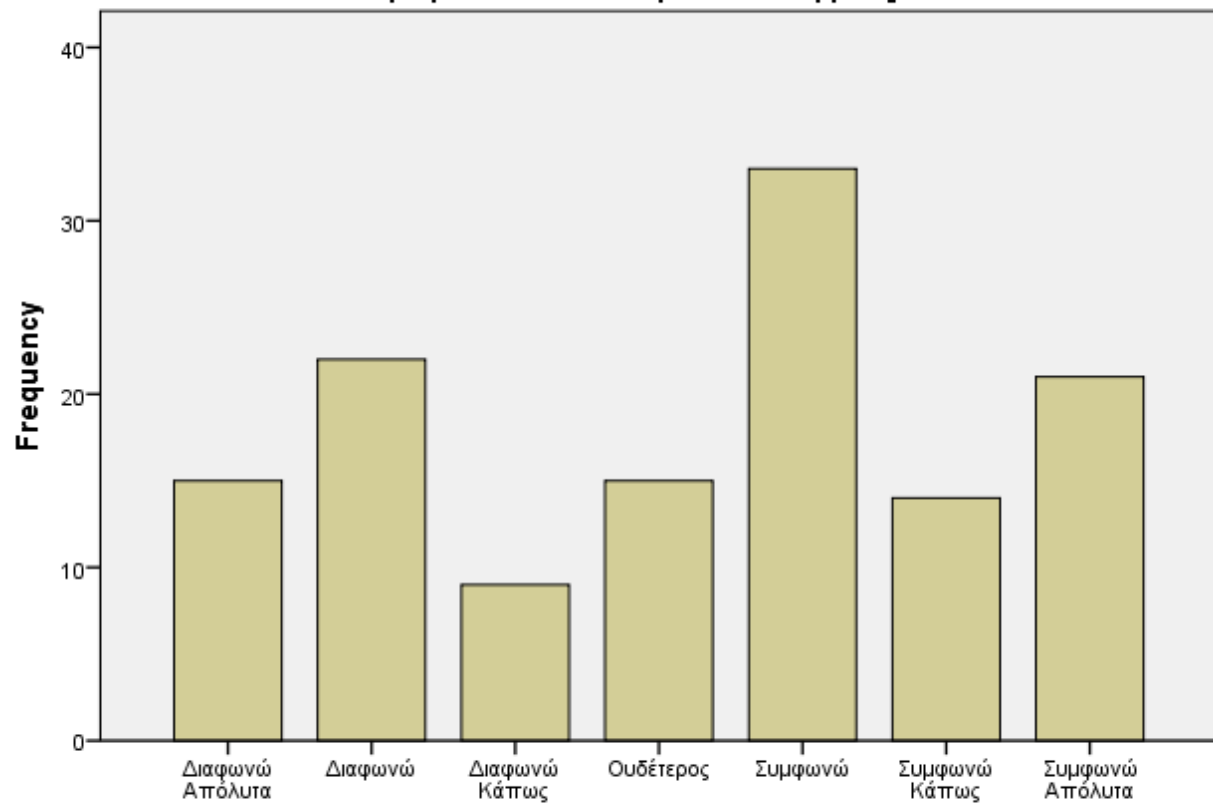
Τις τελευταίες 4 εβδομάδες πως θα εκτιμούσατε το επίπεδο ενόχλησης ή πόνου κατά τη διάρκεια ή μετά την κοιλιακή διείσδυση; [Σημειώστε την απάντηση που σας αντιπροσωπεύει καλύτερα]

Δηλώστε το βαθμό συμφωνίας ή διαφωνίας σας με τις παρακάτω προτάσεις [Η κινητοποίησή μου είναι χαμηλή όταν βιώνω κόπωση]



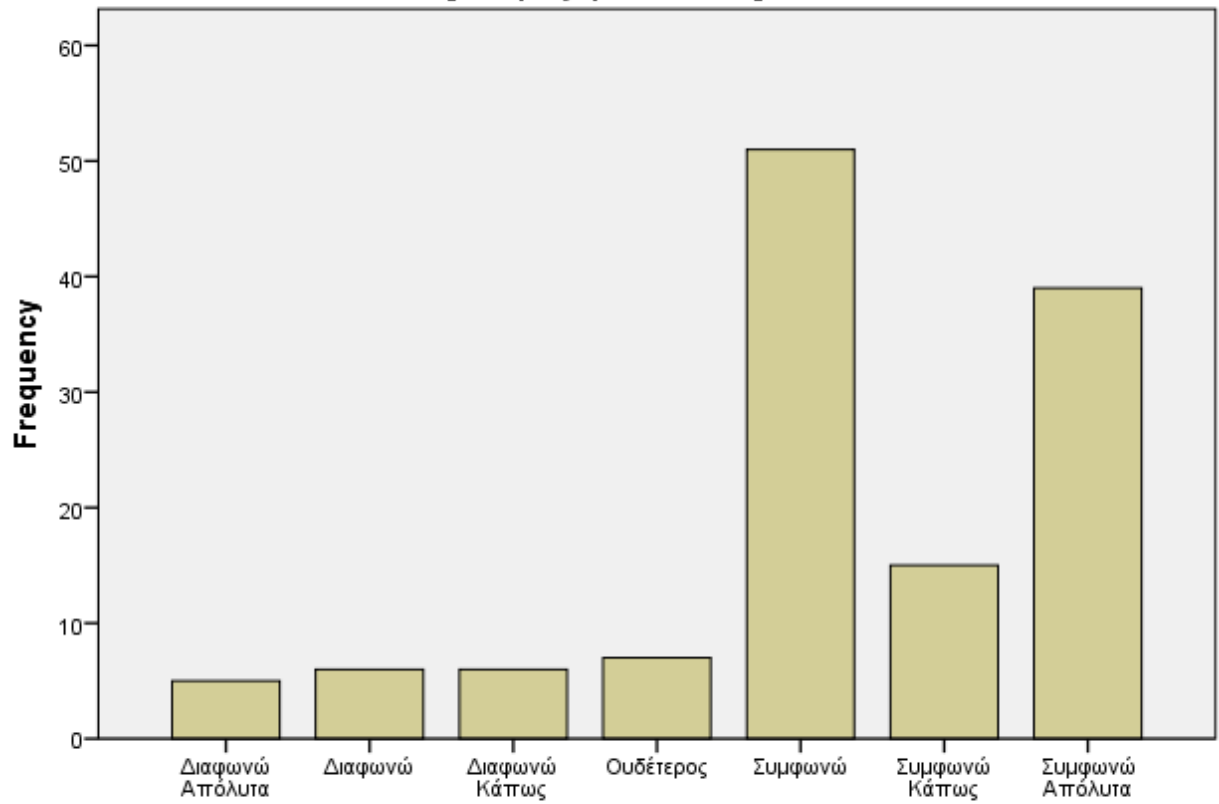
Δηλώστε το βαθμό συμφωνίας ή διαφωνίας σας με τις παρακάτω προτάσεις [Η κινητοποίησή μου είναι χαμηλή όταν βιώνω κόπωση]

Δηλώστε το βαθμό συμφωνίας ή διαφωνίας σας με τις παρακάτω προτάσεις [Η άσκηση επιδεινώνει την κόπωσή μου]



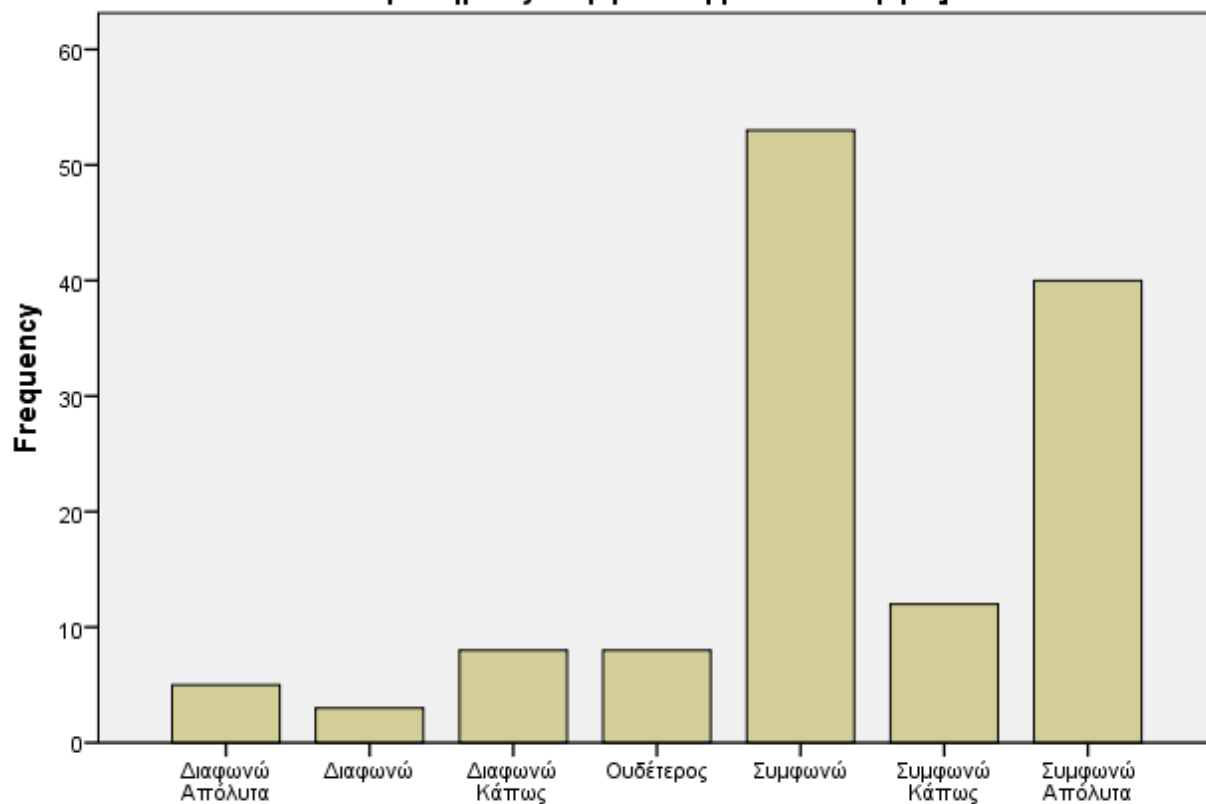
Δηλώστε το βαθμό συμφωνίας ή διαφωνίας σας με τις παρακάτω προτάσεις [Η άσκηση επιδεινώνει την κόπωσή μου]

Δηλώστε το βαθμό συμφωνίας ή διαφωνίας σας με τις παρακάτω προτάσεις
[Κουράζομαι εύκολα]



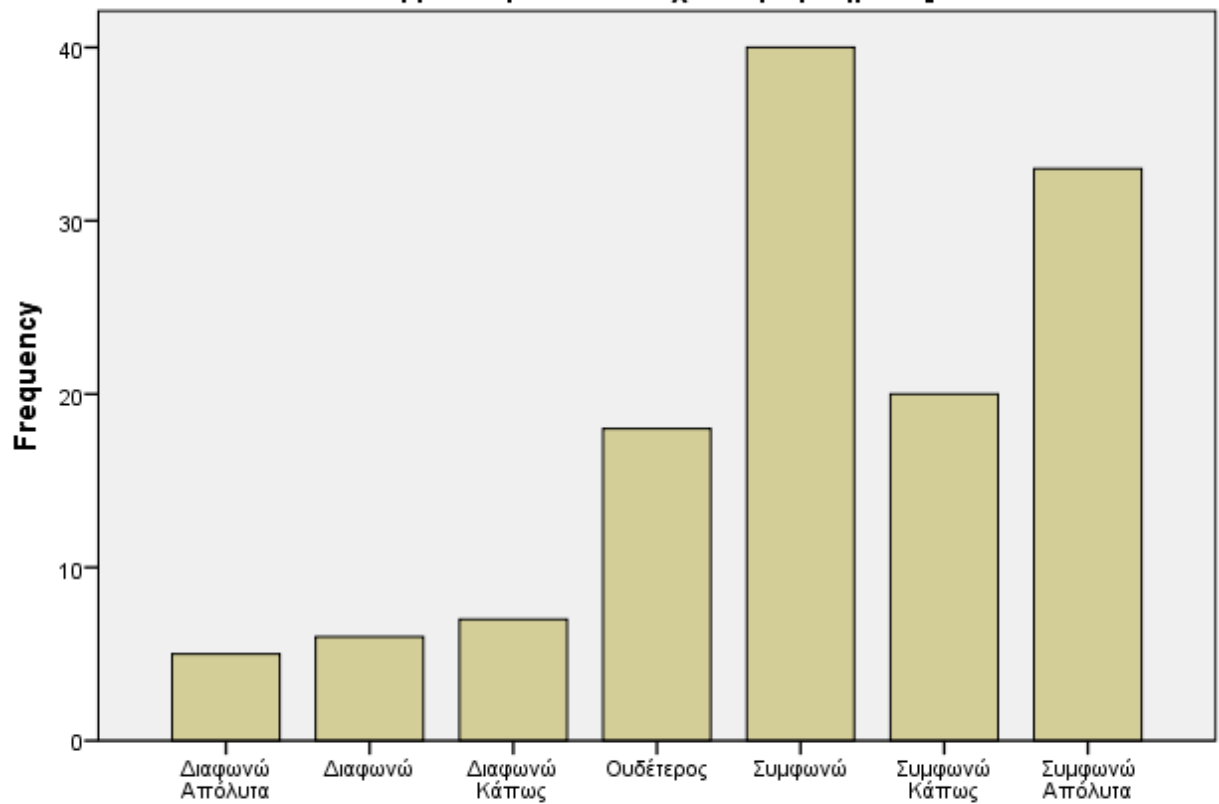
Δηλώστε το βαθμό συμφωνίας ή διαφωνίας σας με τις παρακάτω προτάσεις
[Κουράζομαι εύκολα]

Δηλώστε το βαθμό συμφωνίας ή διαφωνίας σας με τις παρακάτω προτάσεις [Η κόπωση επηρεάζει τη φυσική μου λειτουργία]



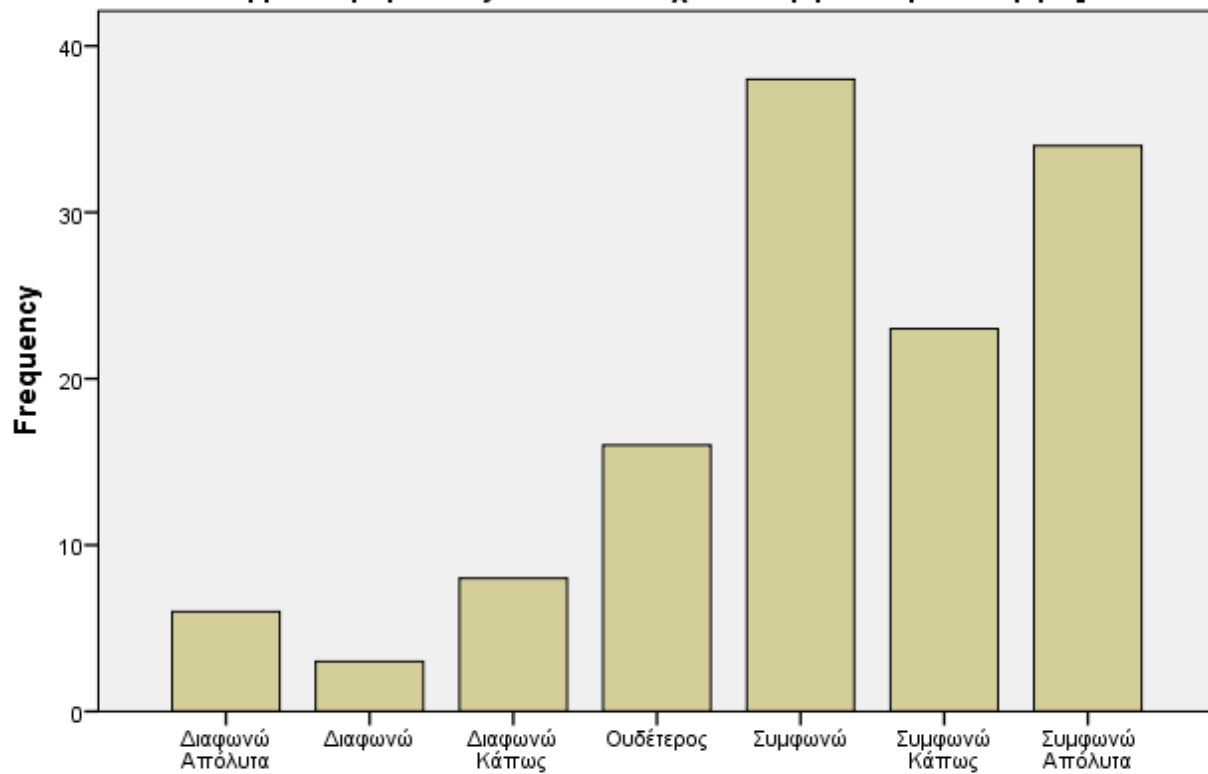
Δηλώστε το βαθμό συμφωνίας ή διαφωνίας σας με τις παρακάτω προτάσεις [Η κόπωση επηρεάζει τη φυσική μου λειτουργία]

Δηλώστε το βαθμό συμφωνίας ή διαφωνίας σας με τις παρακάτω προτάσεις [Η κόπωση μου προκαλεί συχνά προβλήματα]



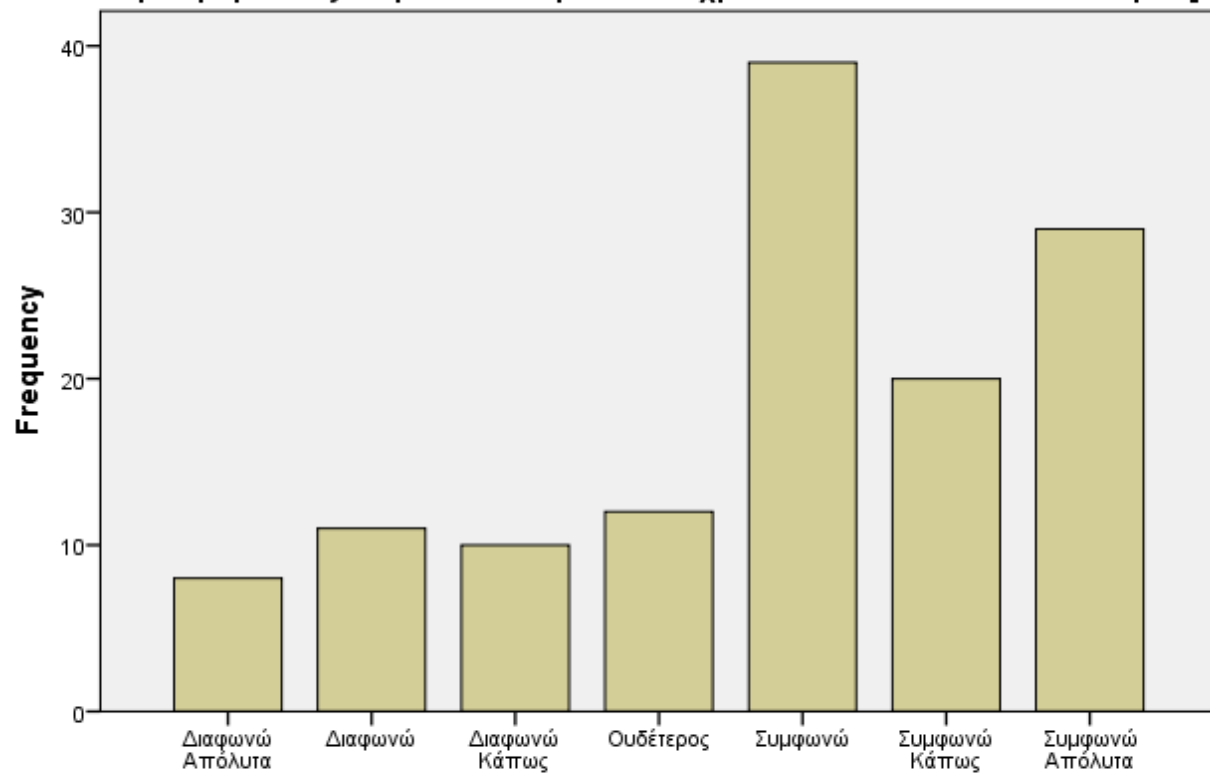
Δηλώστε το βαθμό συμφωνίας ή διαφωνίας σας με τις παρακάτω προτάσεις [Η κόπωση μου προκαλεί συχνά προβλήματα]

Δηλώστε το βαθμό συμφωνίας ή διαφωνίας σας με τις παρακάτω προτάσεις [Η κόπωση με παρεμποδίζει ώστε να έχω καλή φυσική λειτουργία]



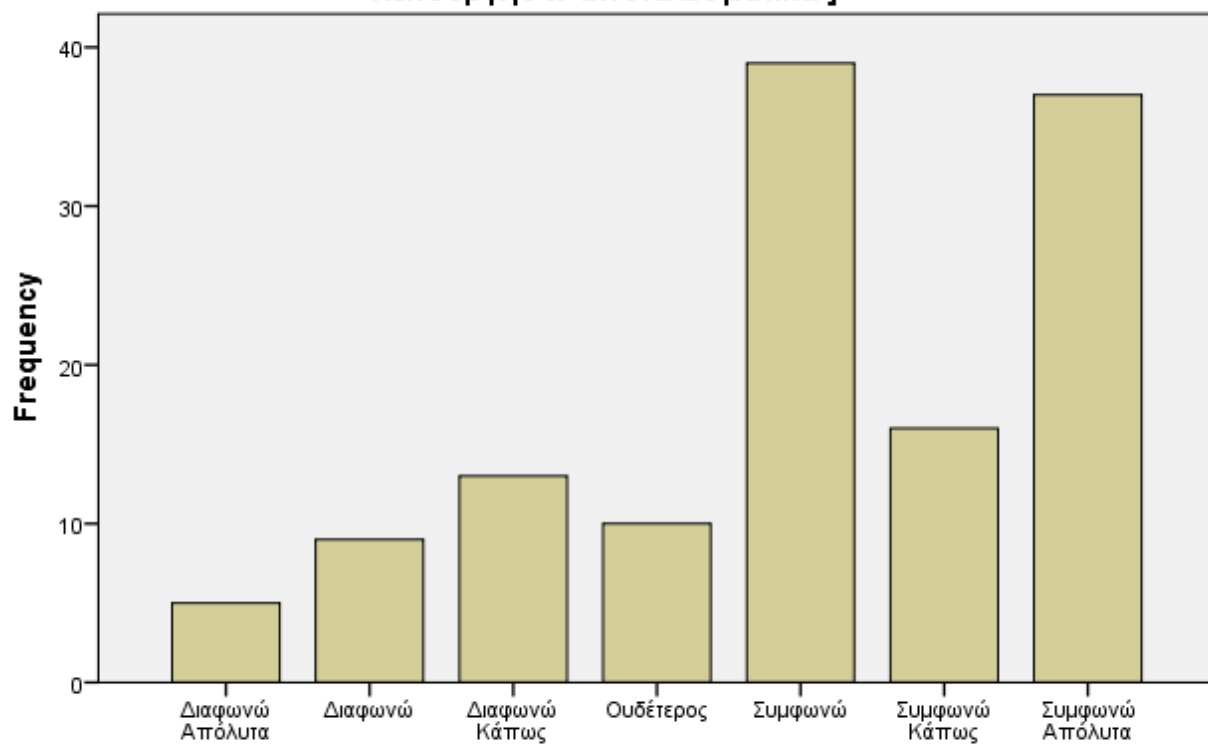
Δηλώστε το βαθμό συμφωνίας ή διαφωνίας σας με τις παρακάτω προτάσεις [Η κόπωση με παρεμποδίζει ώστε να έχω καλή φυσική λειτουργία]

Δηλώστε το βαθμό συμφωνίας ή διαφωνίας σας με τις παρακάτω προτάσεις [Η κόπωση παρεμποδίζει την εκτέλεση των υποχρεώσεων και των ευθυνών μου]



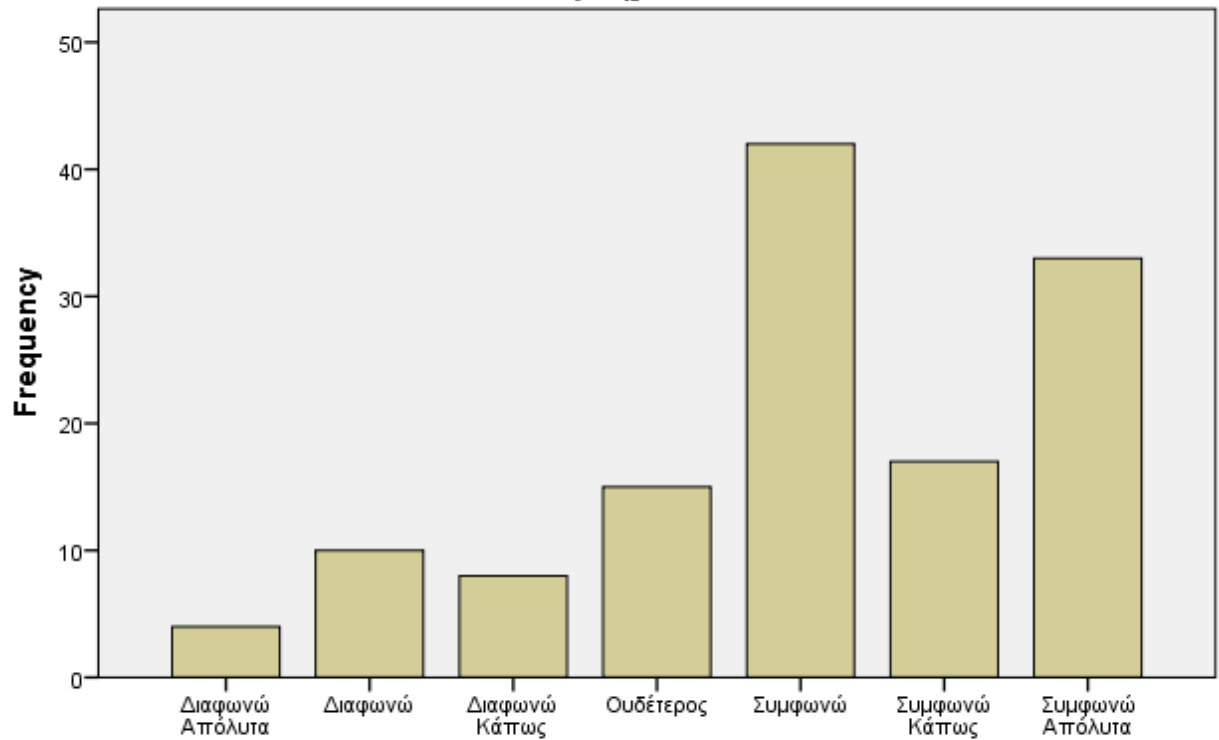
Δηλώστε το βαθμό συμφωνίας ή διαφωνίας σας με τις παρακάτω προτάσεις [Η κόπωση παρεμποδίζει την εκτέλεση των υποχρεώσεων και των ευθυνών μου]

Δηλώστε το βαθμό συμφωνίας ή διαφωνίας σας με τις παρακάτω προτάσεις [Η κόπωση είναι ένα από τα τρία συμπτώματα που έχω που με παρεμποδίζει να λειτουργήσω αποτελεσματικά]



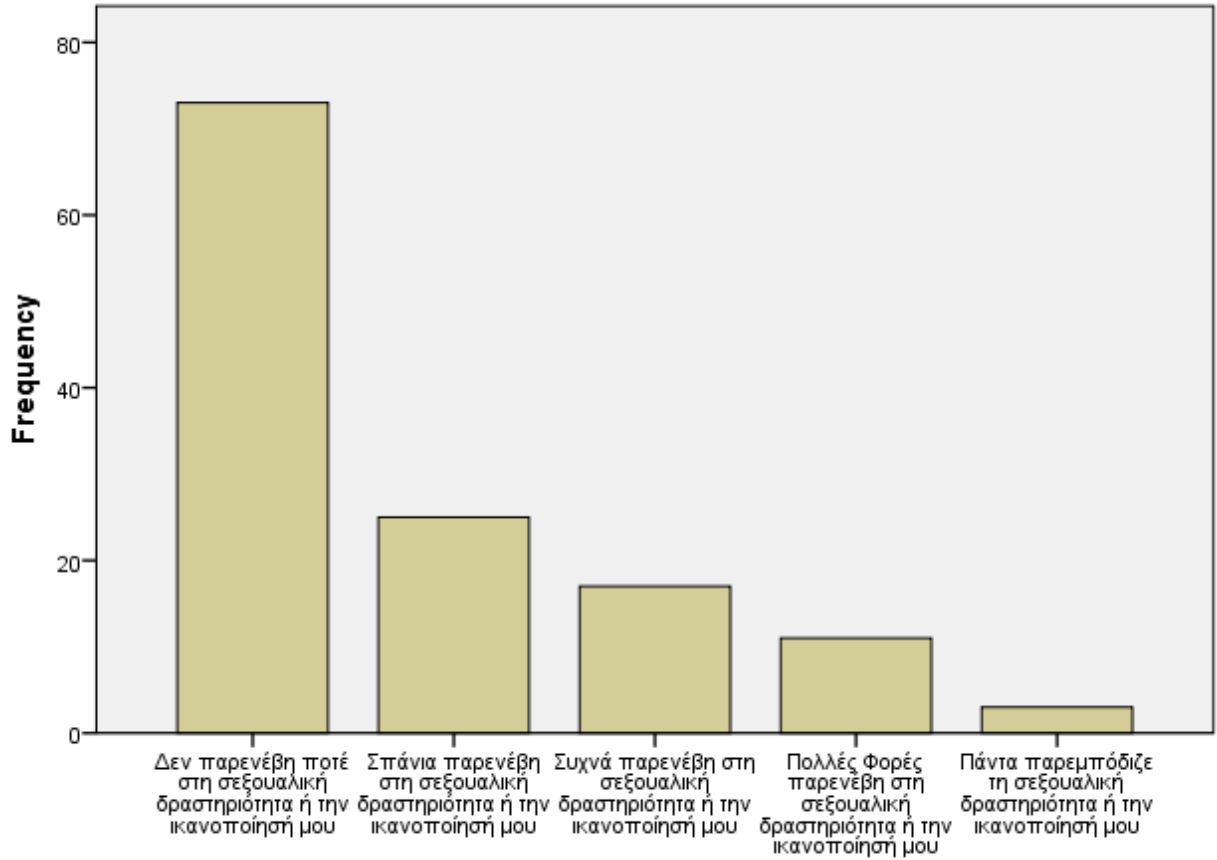
Δηλώστε το βαθμό συμφωνίας ή διαφωνίας σας με τις παρακάτω προτάσεις [Η κόπωση είναι ένα από τα τρία συμπτώματα που έχω που με παρεμποδίζει να λειτουργήσω αποτελεσματικά]

Δηλώστε το βαθμό συμφωνίας ή διαφωνίας σας με τις παρακάτω προτάσεις [Η κόπωση δυσκολεύει τις την εργασιακή, τη κοινωνική και την οικογενειακή μου ζωή]



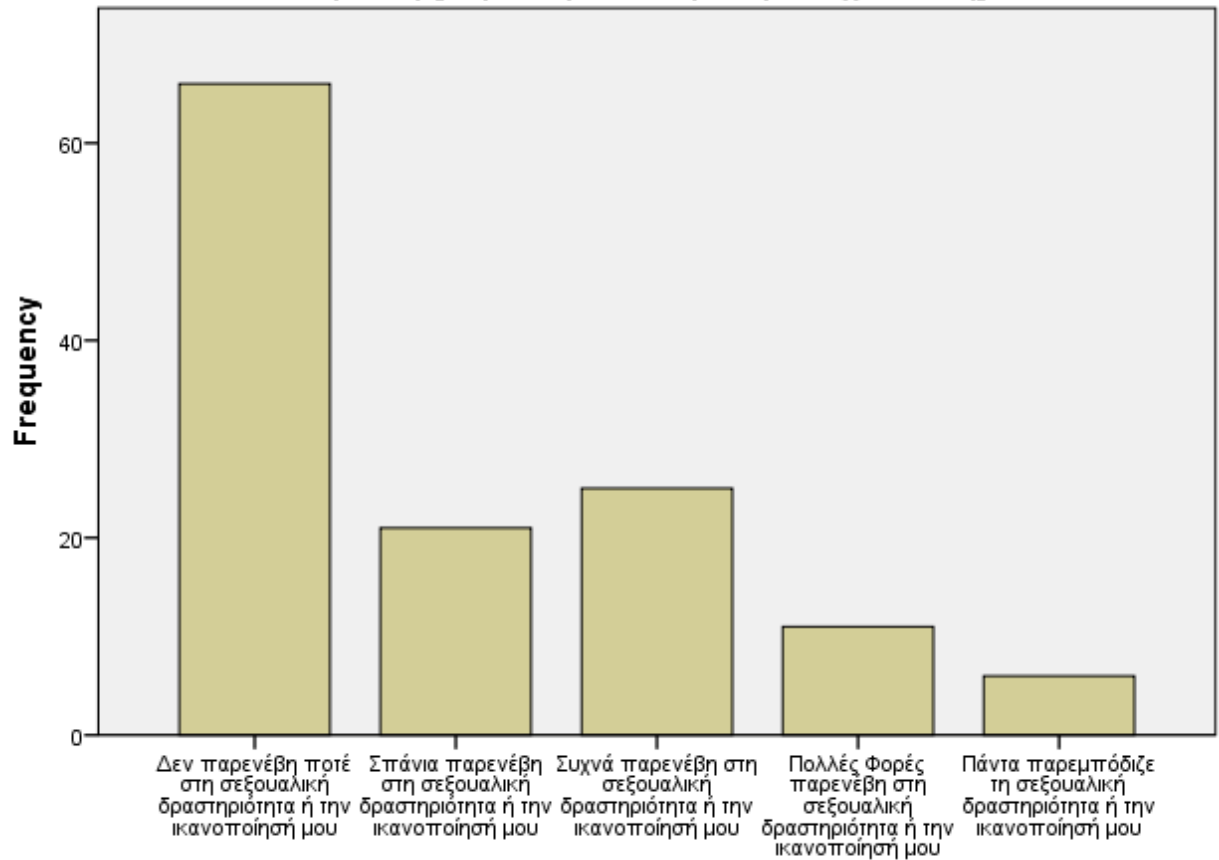
Δηλώστε το βαθμό συμφωνίας ή διαφωνίας σας με τις παρακάτω προτάσεις [Η κόπωση δυσκολεύει τις την εργασιακή, τη κοινωνική και την οικογενειακή μου ζωή]

[Σύσφιξη μυών και σπασμούς στα χέρια, στα πόδια και στο σώμα]



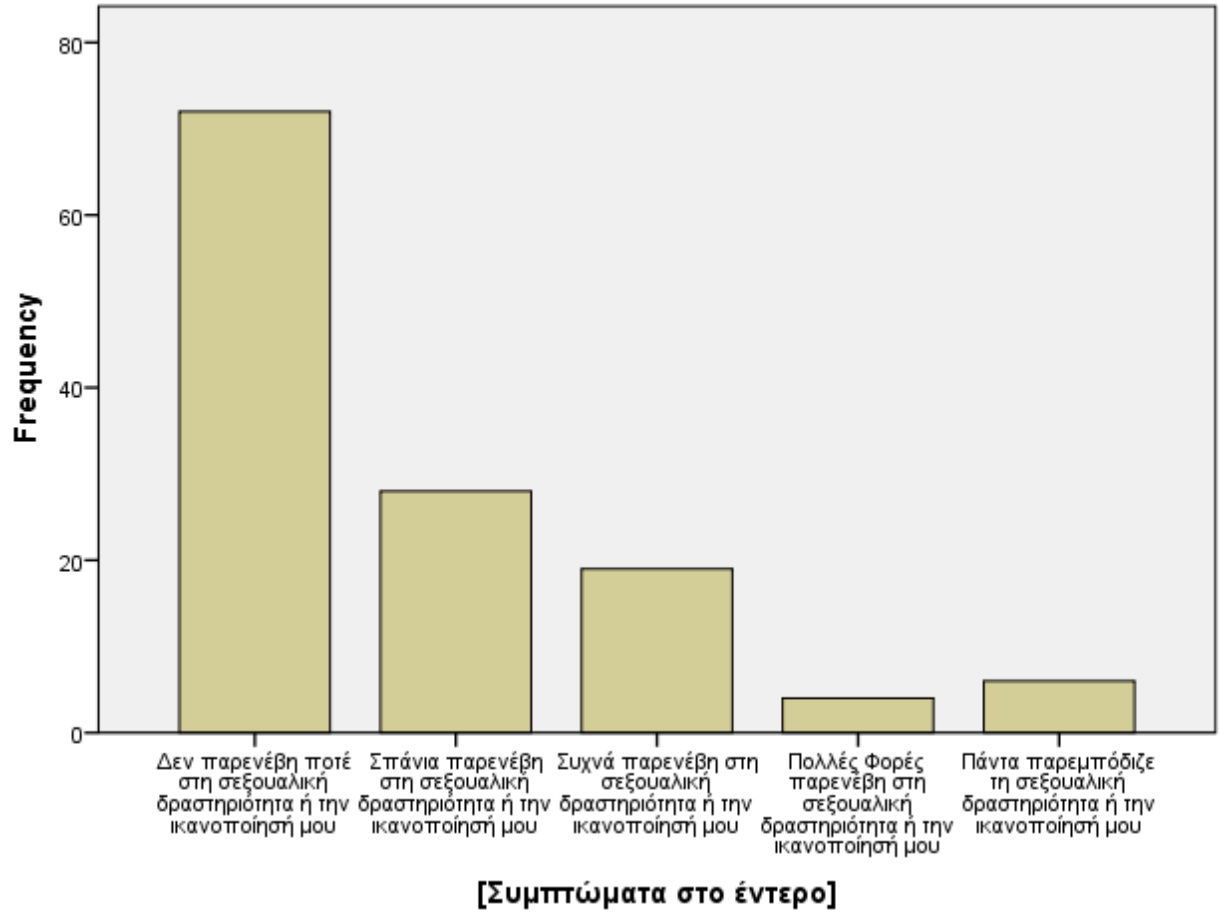
[Σύσφιξη μυών και σπασμούς στα χέρια, στα πόδια και στο σώμα]

Κατά την διάρ[Συμπτώματα στην ουροδόχο κύστη]

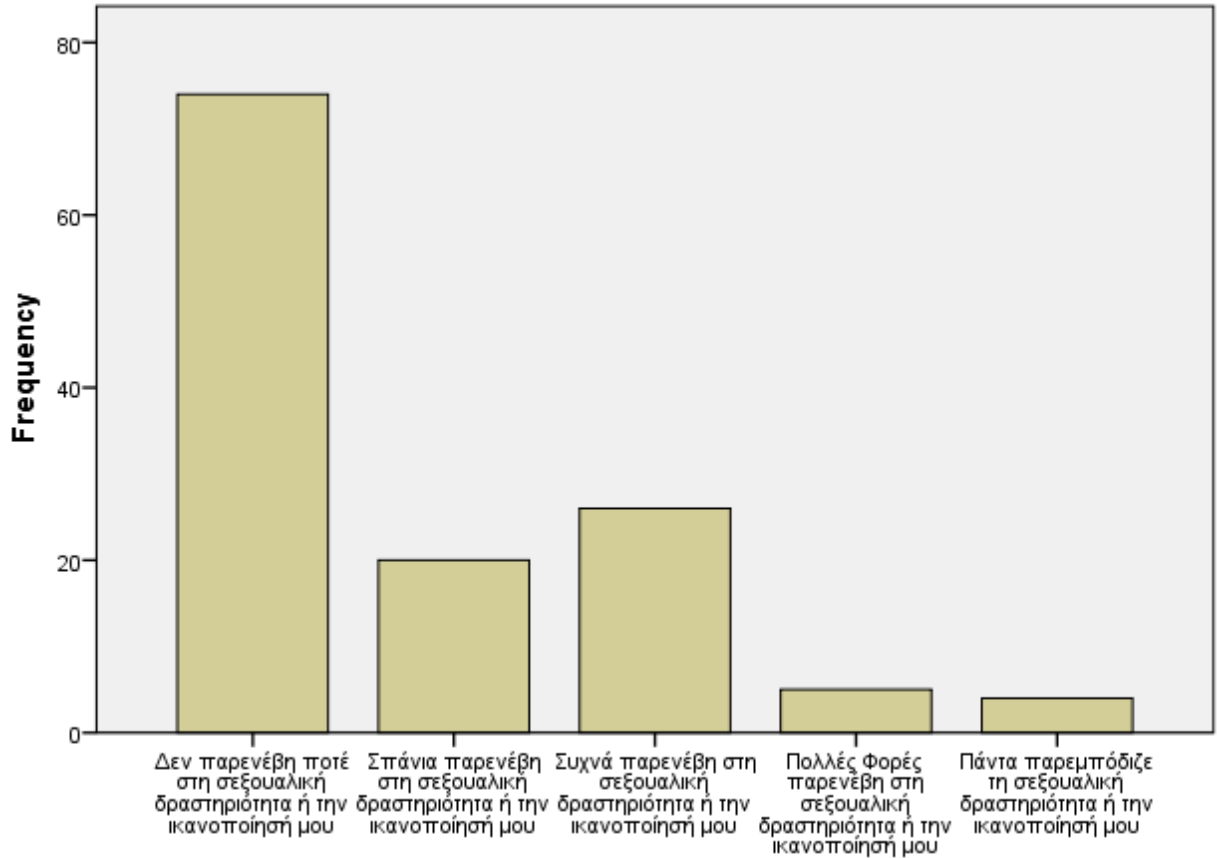


Κατά την διάρ[Συμπτώματα στην ουροδόχο κύστη]

[Συμπτώματα στο έντερο]

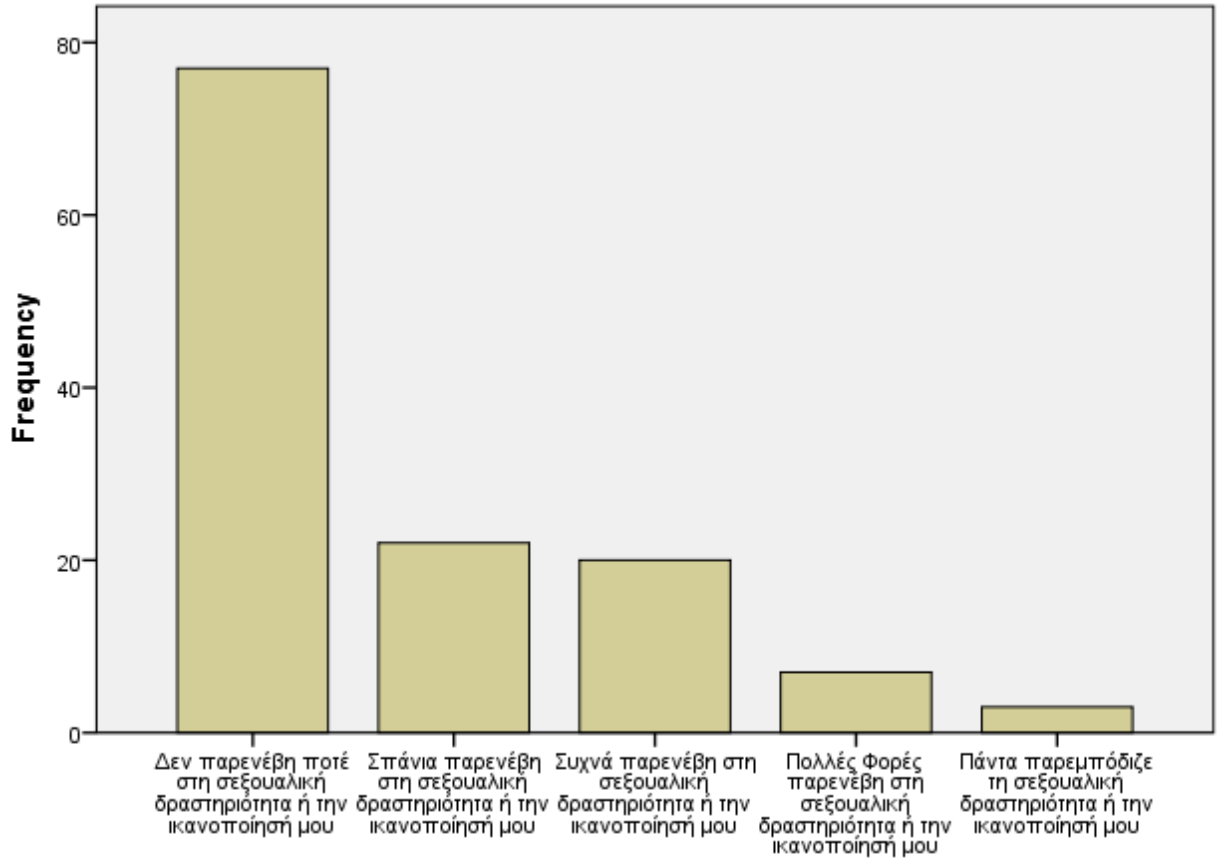


[Αισθήματα εξάρτησης λόγω της ΣΚΠ]



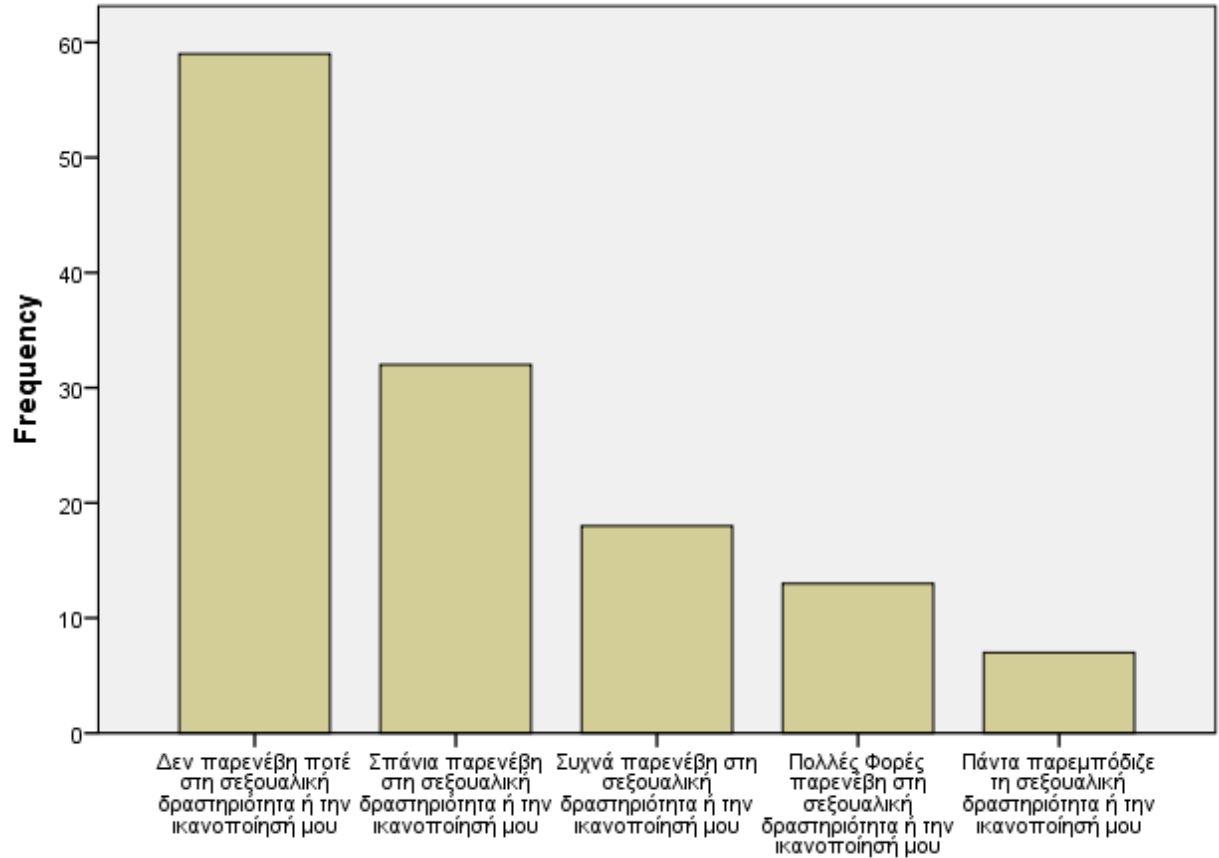
[Αισθήματα εξάρτησης λόγω της ΣΚΠ]

[Τρέμουλο χεριών και σώματος]



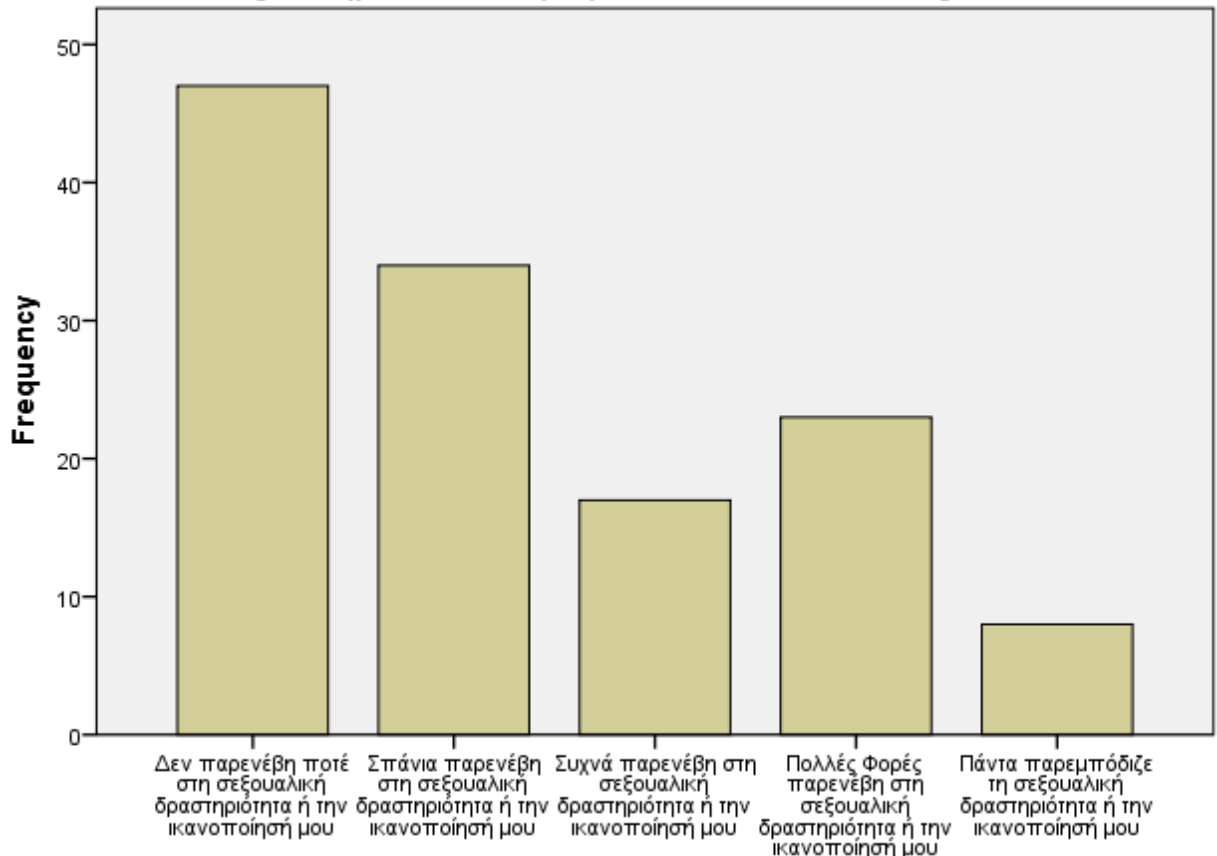
[Τρέμουλο χεριών και σώματος]

[Πόνος, κάψιμο, δυσφορία σώματος]



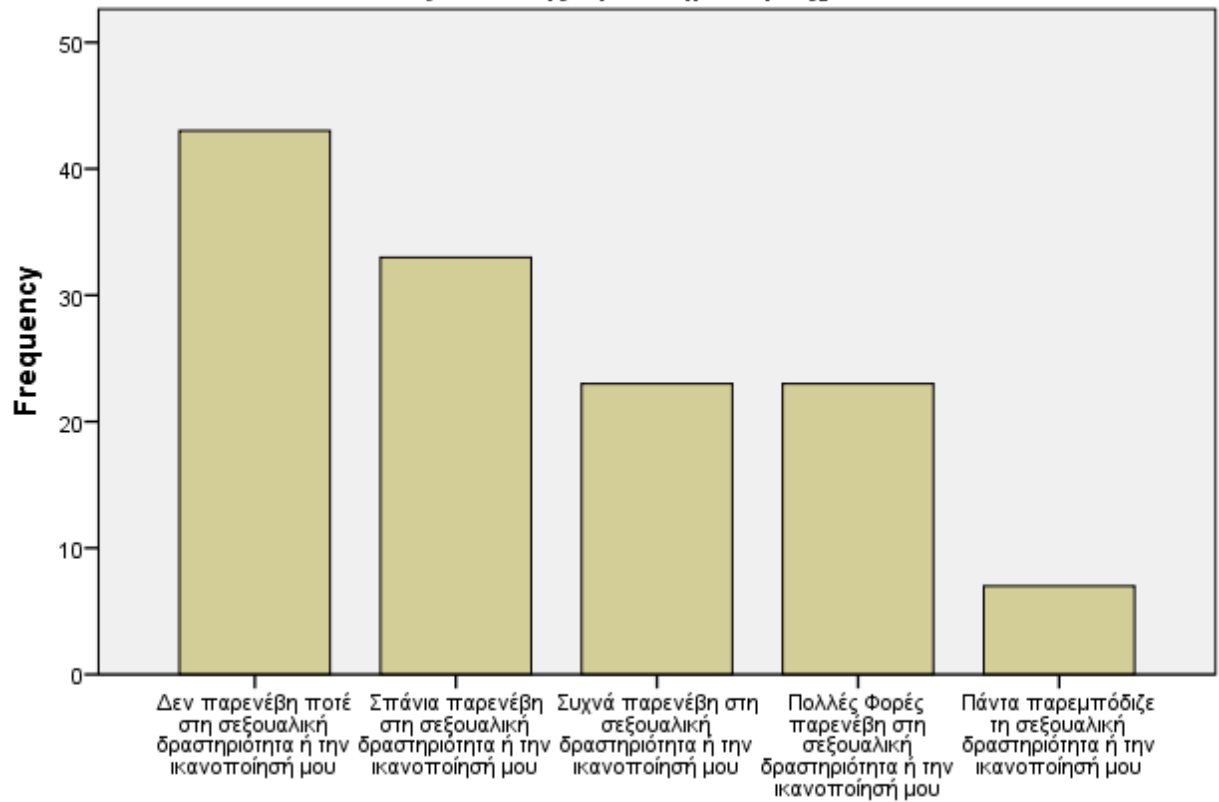
[Πόνος, κάψιμο, δυσφορία σώματος]

[Αίσθημα ότι το σώμα μου δεν είναι ελκυστικό]



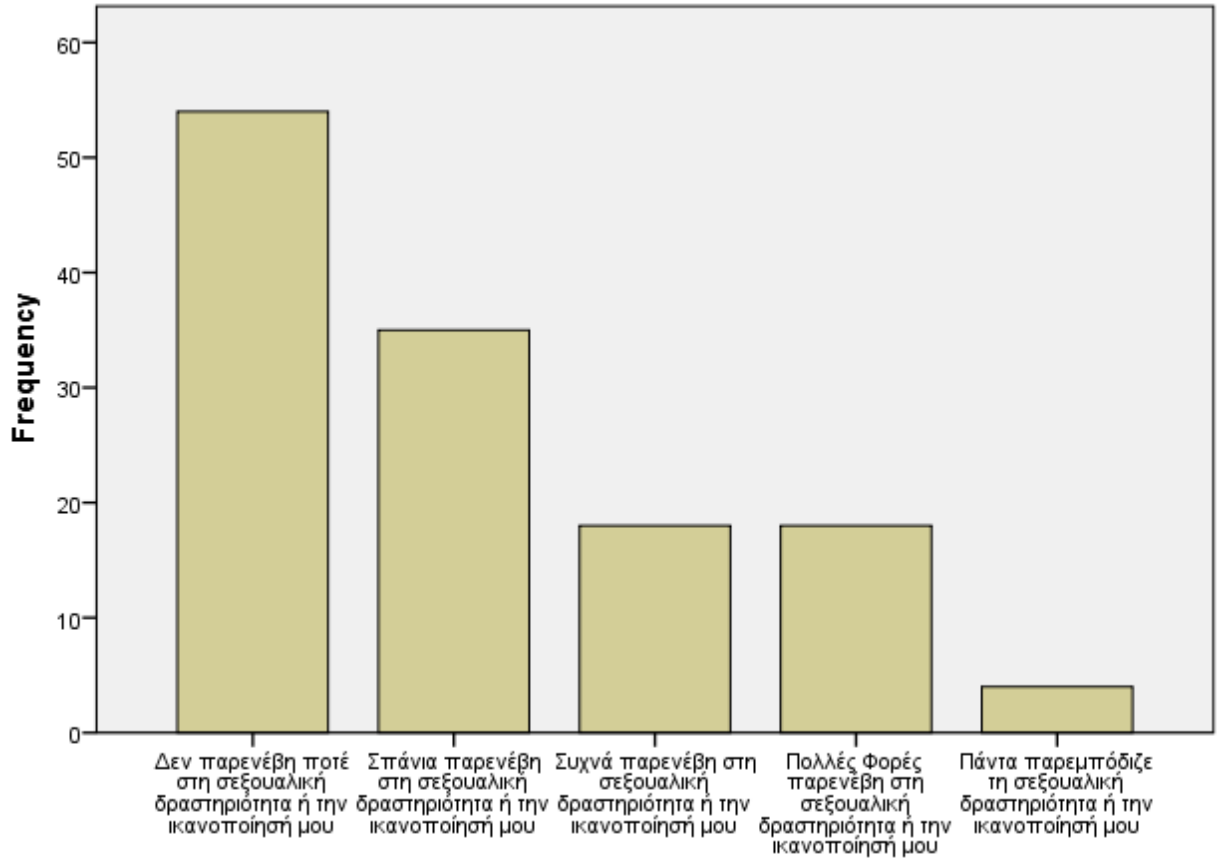
[Αίσθημα ότι το σώμα μου δεν είναι ελκυστικό]

[Δυσκολίες στην επιτέλεση κινήσεων σώματος που επιθυμώ κατά τη διάρκεια της σεξουαλικής δραστηριότητας]



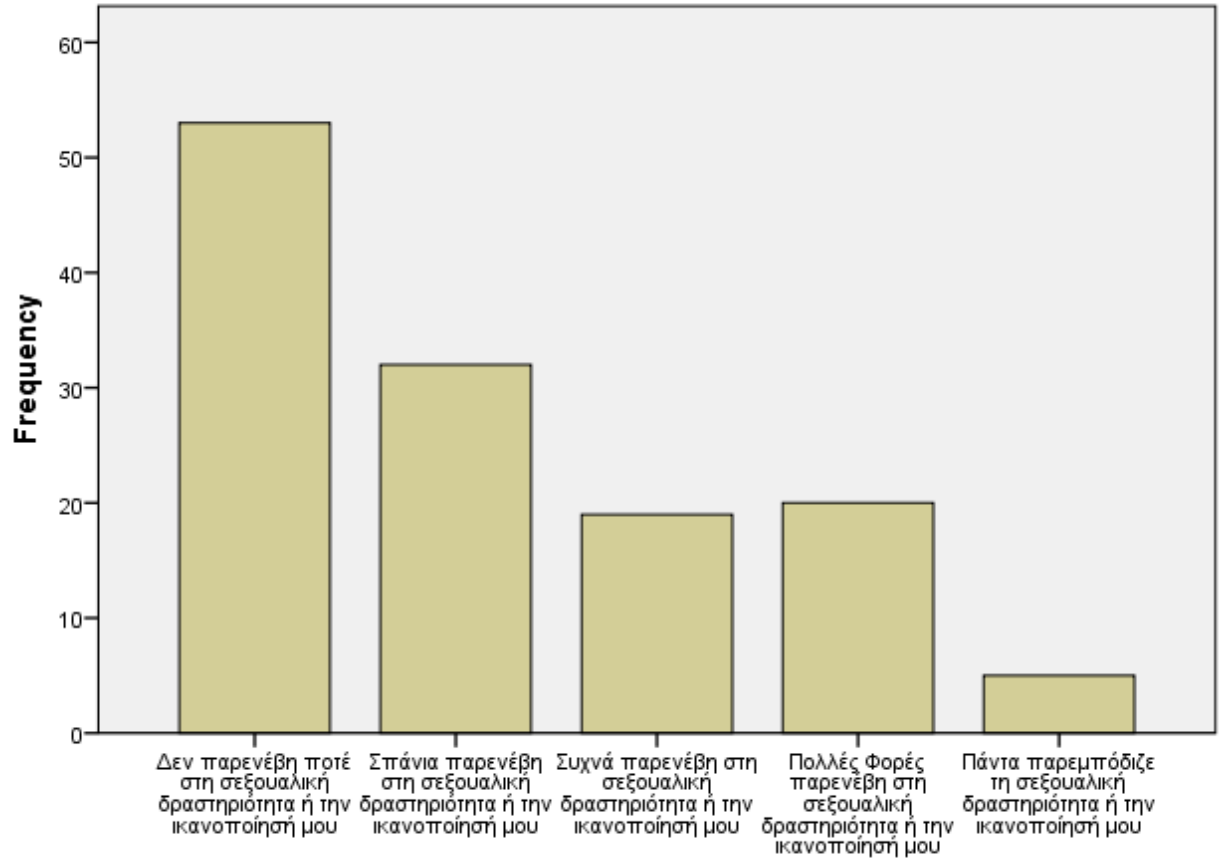
[Δυσκολίες στην επιτέλεση κινήσεων σώματος που επιθυμώ κατά τη διάρκεια της σεξουαλικής δραστηριότητας]

[Αισθήματα χαμηλής θηλυκότητας ή αρρενωπότητας λόγω της ΣΚΠ]



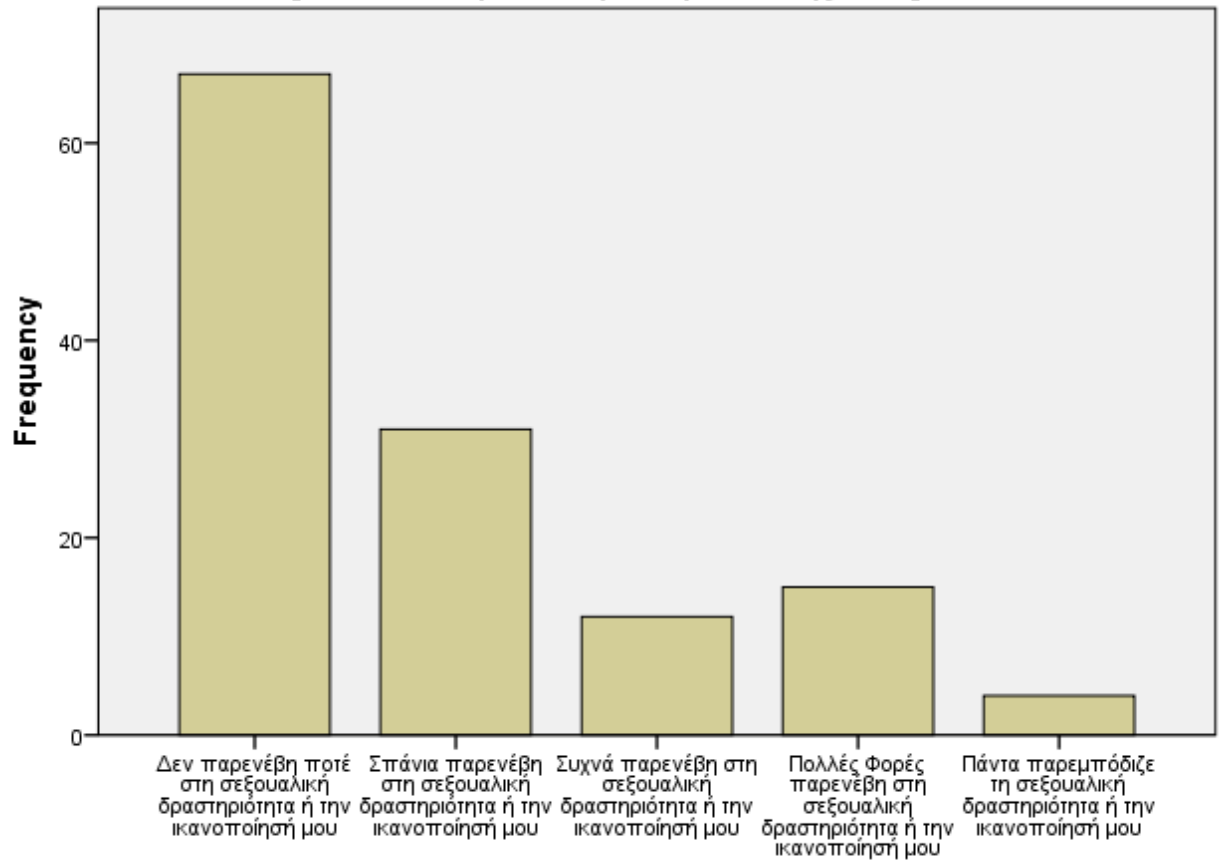
[Αισθήματα χαμηλής θηλυκότητας ή αρρενωπότητας λόγω της ΣΚΠ]

[Προβλήματα με τη συγκέντρωση, τη μνήμη και τη σκέψη]



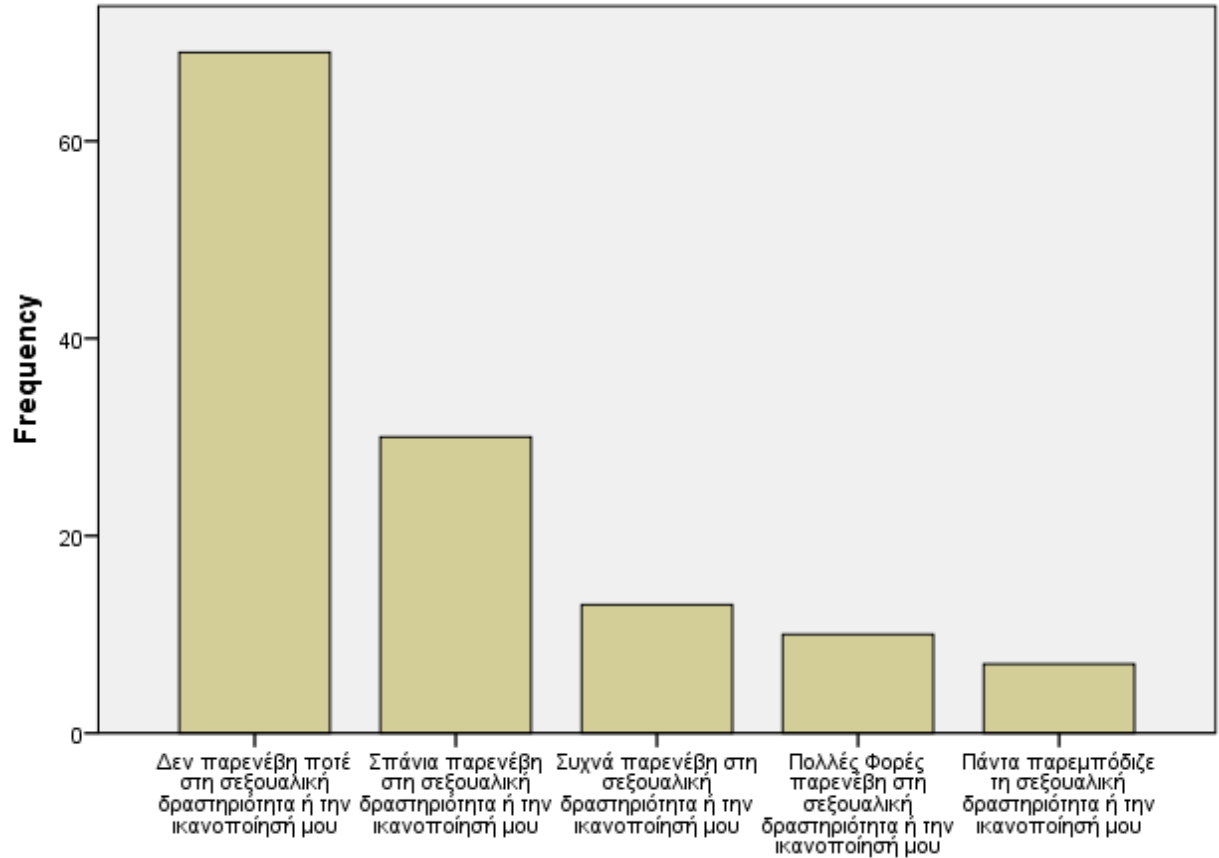
[Προβλήματα με τη συγκέντρωση, τη μνήμη και τη σκέψη]

[Επιδείνωση των συμπτωμάτων της ΣΚΠ]



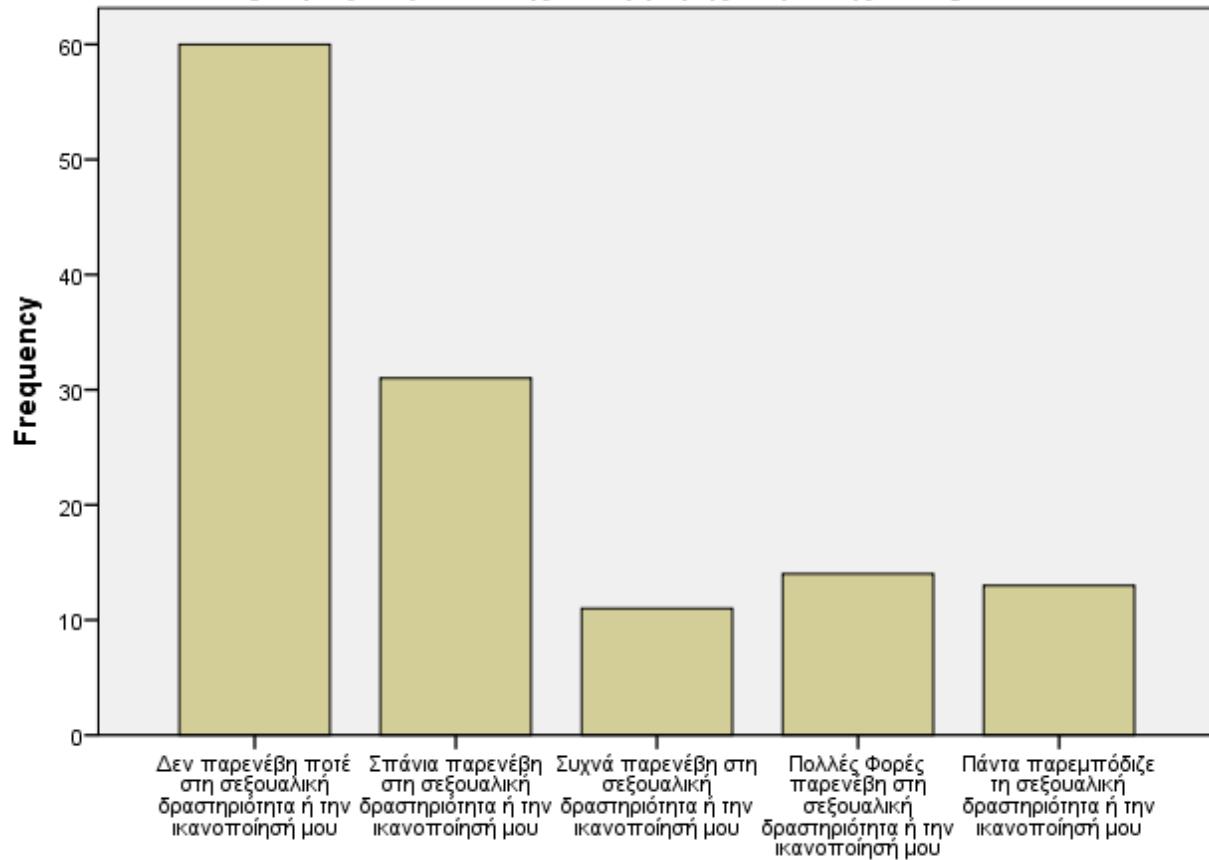
[Επιδείνωση των συμπτωμάτων της ΣΚΠ]

[Μούδιασμα γεννητικών οργάνων]



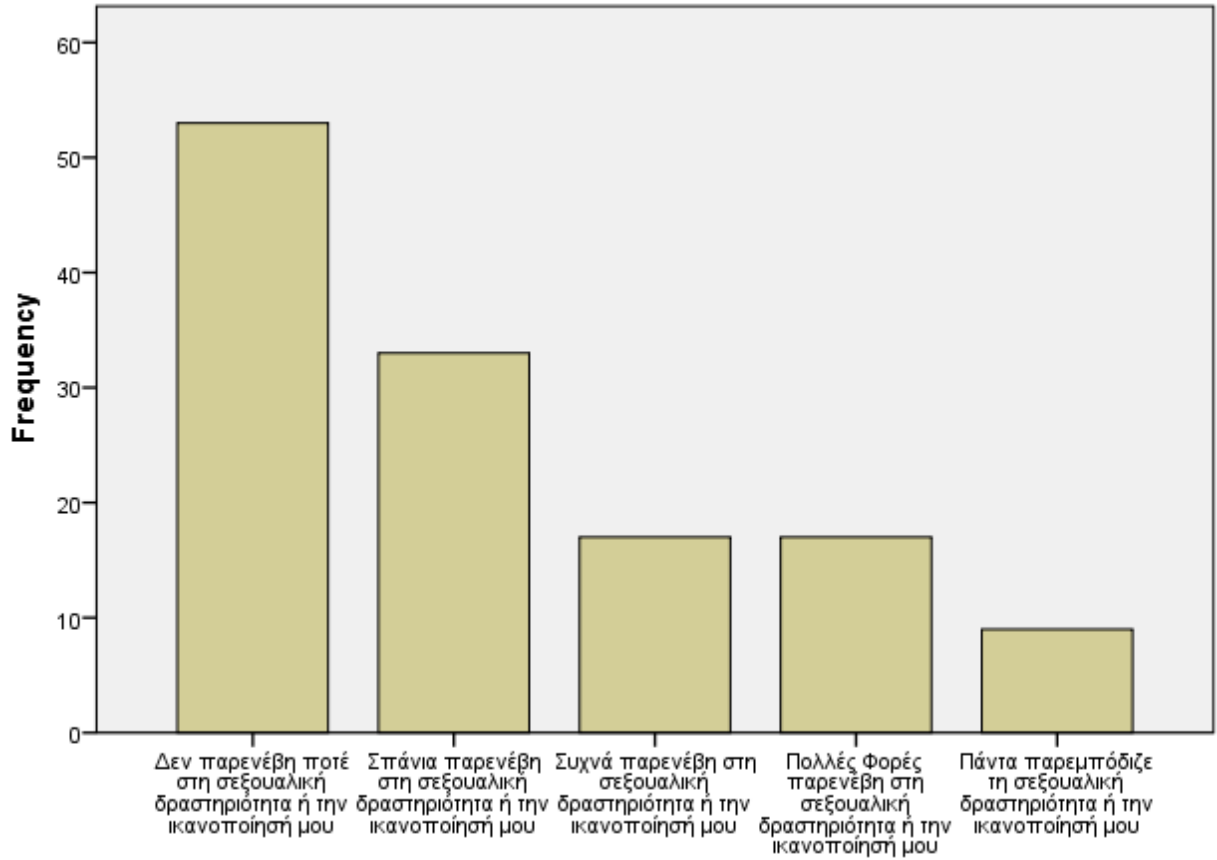
[Μούδιασμα γεννητικών οργάνων]

[Φόβος σεξουαλικής απόρριψης λόγω της ΣΚΠ]



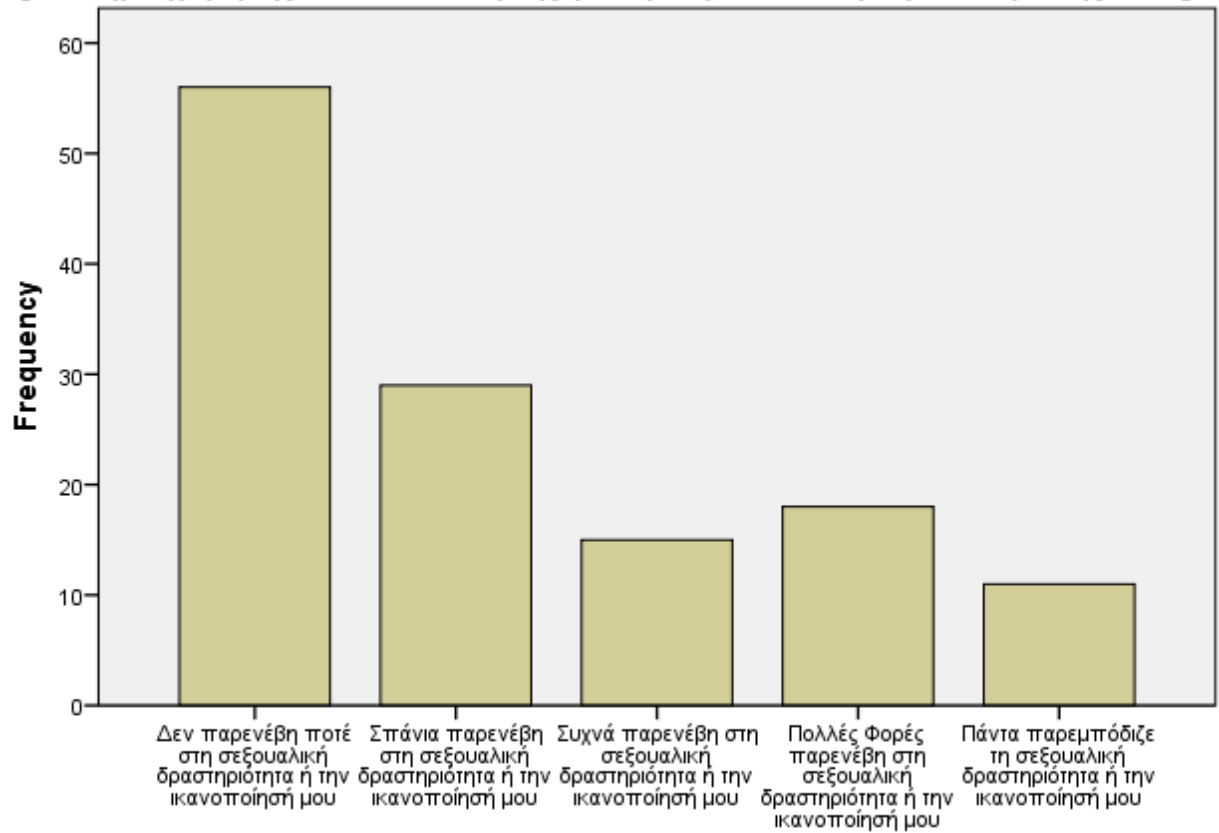
[Φόβος σεξουαλικής απόρριψης λόγω της ΣΚΠ]

[Ανησυχία για τη σεξουαλική ικανοποίηση του συντρόφου μου]



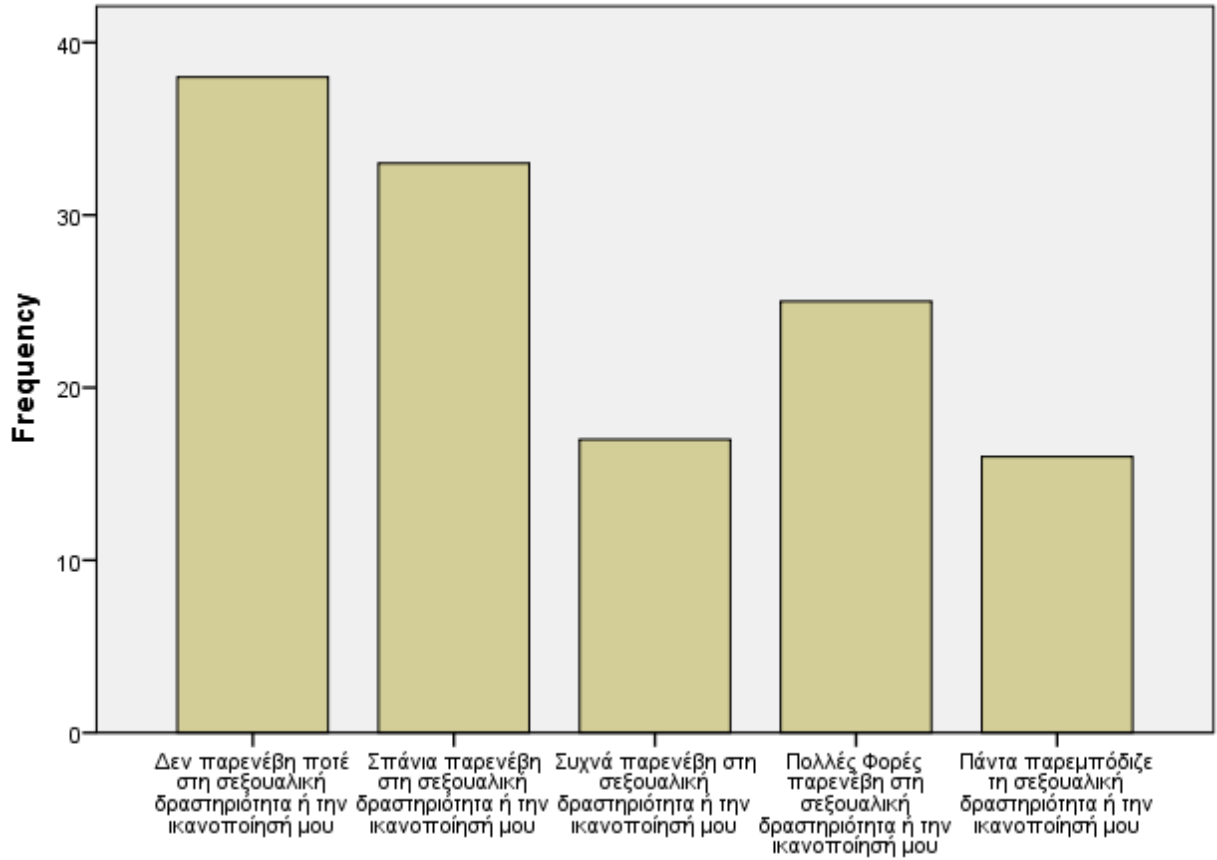
[Ανησυχία για τη σεξουαλική ικανοποίηση του συντρόφου μου]

[Αίσθημα χαμηλής αυτοπεποίθησης για τη σεξουαλικότητά μου λόγω της ΣΚΠ]



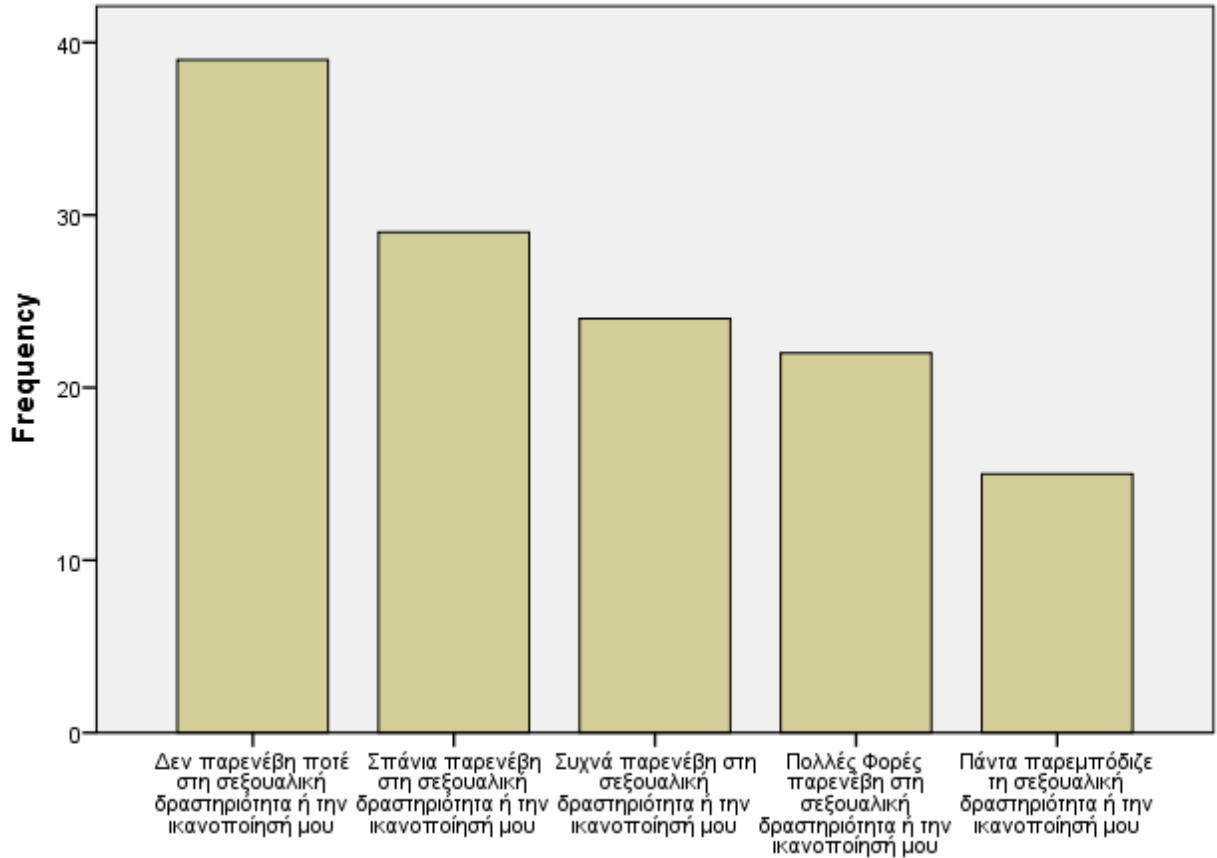
[Αίσθημα χαμηλής αυτοπεποίθησης για τη σεξουαλικότητά μου λόγω της ΣΚΠ]

[Έλλειψη σεξουαλικού ενδιαφέροντος ή επιθυμίας]



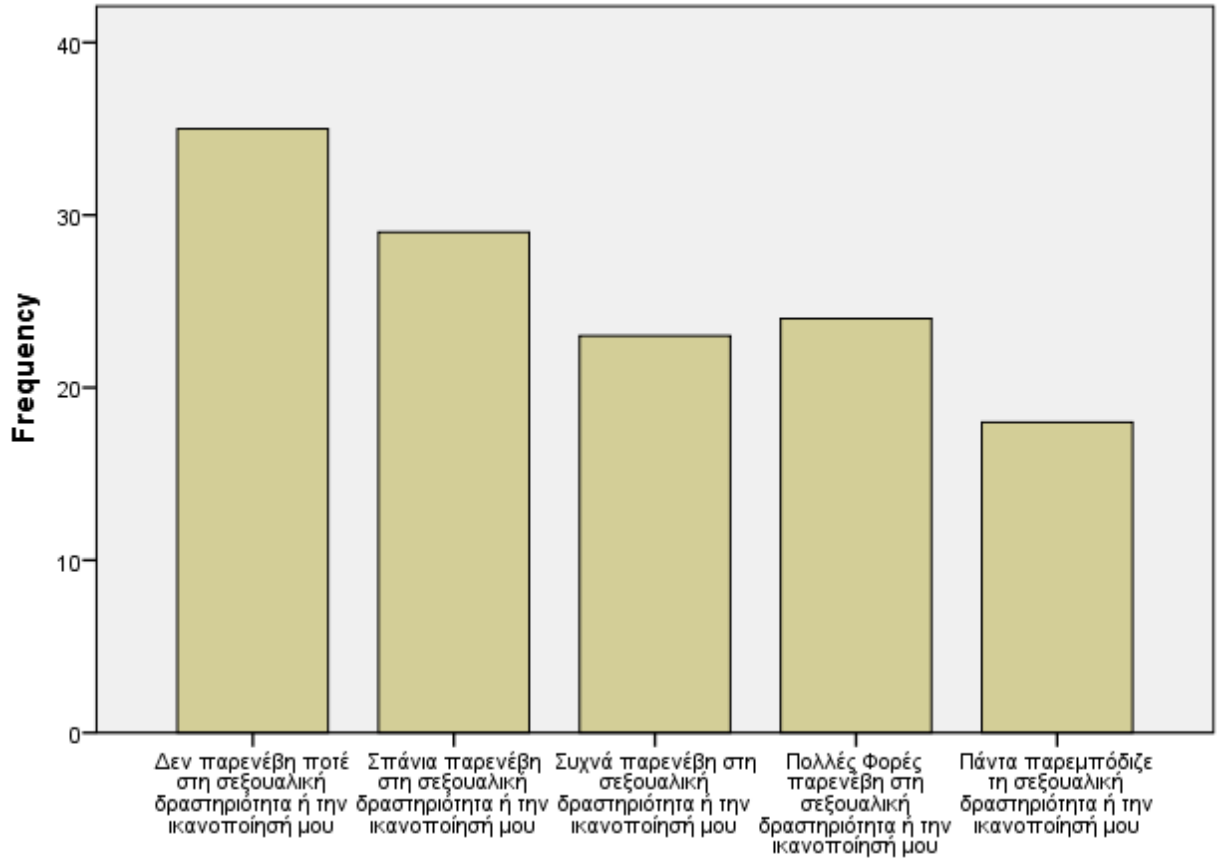
[Έλλειψη σεξουαλικού ενδιαφέροντος ή επιθυμίας]

[Λιγότερο έντονοι ή ευχάριστοι οργασμοί]



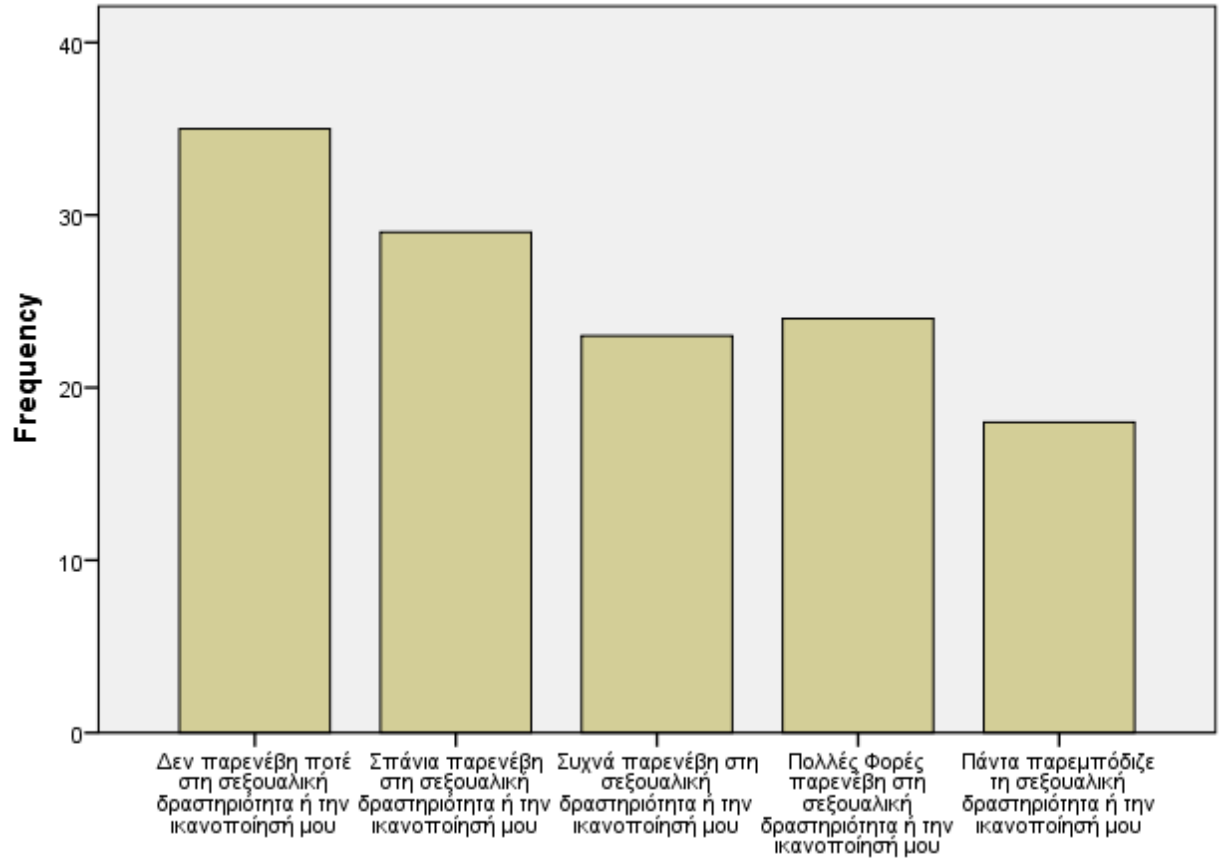
[Λιγότερο έντονοι ή ευχάριστοι οργασμοί]

[Καθυστέρηση σεξουαλικής κορύφωσης]



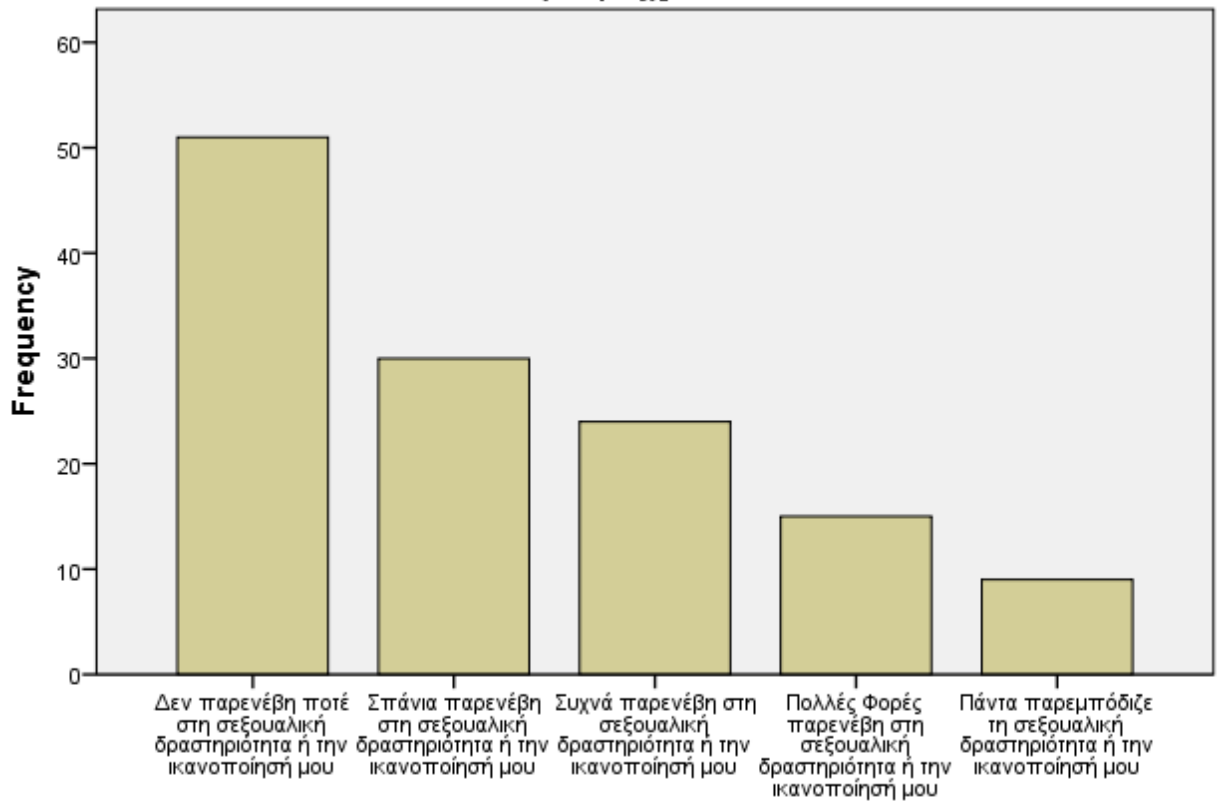
[Καθυστέρηση σεξουαλικής κορύφωσης]

[Καθυστέρηση σεξουαλικής κορύφωσης]



[Καθυστέρηση σεξουαλικής κορύφωσης]

[Έλλειψη κολπικής υγρασίας (γυναίκες)/δυσκολία ευχαρίστησης από τη στύση (άντρες)]



[Έλλειψη κολπικής υγρασίας (γυναίκες)/δυσκολία ευχαρίστησης από τη στύση (άντρες)]